التشخيص النفسي الإكلينيكي (1)

الأسس العامة والتوجهات النظرية

الطبعة الأولى
2016



دار الكتاب الجامعي

عضو جمعية الناشرين الإماراتيين
عضو اتحاد الناشرين العرب
عضو المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين
الجمهورية اللبنانية- الإمارات العربية المتحدة

ص. ب. 16983
هاتــف (الإمارات) 00971-3-7554845
فاكس (الإمارات) 00971-3-7542102
هاتــف (بيروت) 00961-3-312124

E-mail: bookhous@emirates.net.ae
tbourji@yahoo.com

جمع وتنفيذ وإخراج: كمبيورايتر Compu_Writer لخدمات دور النشر «عادل ندا» القاهرة
E-mail: compu_writer@yahoo.com ☏ - (002-01000390516)

التشخيص النفسي الإكلينيكي (1)

الأسس العامة والتوجهات النظرية

تحرير

Peter F. Schlottke
بيرتر شلوتكه

Franz Caspar
فرنس كاسبار

Bernd Roehler
بيرند رولر

ترجمة

د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

الناشر

دار الكتاب الجامعي

الجمهورية اللبنانية ـ دولة الإمارات العربية المتحدة

هذه ترجمة عربية مصرح بها لكتاب

(مترجم عن الألمانيـة)

Lehrbuch der Klinisch-psychologischen Diagnostik

Verlag W. Kohlhammer

2008-1.Auflage

By

Bernd Roehler

Franz Caspar

Peter F. Schlottke

المحتويات

الموضوع	الصفحة

مقدمة المترجم

يعاني التشخيص النفسي عموماً، والتشخيص النفسي الإكلينيكي بشكل خاص في الوطن العربي من هوة كبيرة بين النظرية والتعليم والتدريب والتطبيق والممارسة ، تقوم في أغلبها على واقع لا يمكن وصفه إلا من منظور الممارسة اللاعلمية غير المضبوطة، والخلط الكبير بين أدوات وطرق إما غير مسندة أو تستند في أغلبها على الحدس. أما الواقع التعليمي للتشخيص النفسي بالمعنى العلمي فليس أفضل حالاً. فقليل من الجامعات تدرس التشخيص النفسي وفق خطوات إجرائية ملموسة وتقتصر مناهجها على تدريس القياس النفسي ونظرية القياس التقليدية دون أن تأخذ بعين الاعتبار التطورات الكبيرة الحاصلة في هذا الميدان ودون أن تشمل التشخيص النفسي بالمعنى الأوسع وعملية التشخيص وتشخيص العملية والنماذج المرتبطة بذلك، سواء منها المتعلقة بالاتجاهات والمدارس أو العابرة لهذه الاتجاهات والمدارس السائدة.

ولا يحاول هذا الكتاب ردم الهوة الحاصلة بهذا المعنى إلا أنه يحاول أن يسهم في أن يصبح التشخيص النفسي بالمعنى العلمي المسند جزءاً أساسياً من تدريب وتأهيل المتخصص النفسي الإكلينيكي والطبيب النفسي ويخلق جسراً مازال مفقوداً بين علم النفس وخاصة علم النفس الإكلينيكي من جهة والطب النفسي من جهة أخرى.

شكلت ترجمة هذا الكتاب تحدياً كبيراً من عدة نواحي. فمن ناحية الحجم فإن التصدي الفردي لترجمة كتاب بهذا الحجم الكبير تحتاج إلى استثمار وقت كبير لم يكن دائماً متوفراً بالشكل الأمثل ضمن الأعباء الحياتية والمهنية المتنوعة استمر لأكثر من سنة ونصف، ومن ناحية أخرى لم يكن من السهولة بمكان التأقلم مع ستين مؤلفاً مختلفاً أسهموا بتأليف هذا الكتاب بأسلوب تختلف مفاهيمه ولغته وصعوبته حسب الموضوع والباحث، ومن ناحية ثالثة فإن محاولة تبسيط وتسهيل اللغة العلمية التشخيصية غير

المألوفة في جوانب كثيرة منها للقارئ العربي - حتى المتخصص- شكلت تحدياً كبيراً لم يكن سهلاً في الكثير من المواضيع المطروقة، نجح فيه المترجم أحياناً وأخفق في أحيان أخرى، غير أن التحدي كان يستحق، استكمالاً لسلسلة الكتب التي قام المترجم بترجمتها في هذا المجال بدءاً من علم النفس الإكلينيكي للأطفال ثم للراشدين وممارسة العلاج النفسي - الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي-والعلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد، والعلاج والإرشاد الأسري وأسس العلاج المتمركز حول المتعالج (عبر ثلاثة أجزاء) والتشخيص النفسي (كتاب جامعي مؤلف) وغيرها من الكتب التي تشكل كلاً متكاملاً في توضيح أسس ومبادئ العمل النفسي الإكلينيكي بدءاً من النظرية وانتهاء بالتطبيق والممارسة.

تم الاتفاق على أن تصدر الترجمة في ثلاثة أجزاء مع الاحتفاظ بتسلسل الفصول.

يأمل المترجم أن تكون هذه الإسهامات قد قدمت جزءاً يسهم في عكس صورة الثورة العلمية في التشخيص النفسي التي بدأت منذ عقود في الدول المتقدمة وأن يستفيد من هذا الكتاب الطلاب في المراحل الجامعية الأولى والدراسات العليا في علم النفس - علم النفس الإكلينيكي خاصة- والطب النفسي وكذلك الممارسون الذين يسعون إلى تحقيق مستوى من الممارسة المضبوطة والقائمة على البراهين.

والله من وراء القصد

أ. د. سامر جميل رضوان

srudwan@hotmail.com

دمشق - سوريا
نزوى - سلطنة عمان

مقدمة الناشر

ليس هناك نقص في المنشورات من الكتب والمقالات حول موضوع التشخيص الإكلينيكي. فلماذا إذا كتاب جديد في التشخيص النفسي الإكلينيكي؟

ففي حين صدر في المحيط الأنجلو أمريكي عدد كبير من المراجعات والكتب التعليمية حول التشخيص النفسي الإكلينيكي، فإن المنشورات في المحيط الناطق بالألمانية حول هذا الموضوع ظلت قليلة. وفي المنشورات الناطقة بالإنجليزية نرى باستمرار أنه هناك تقارير حول نماذج تشخيصية جديدة ومنظومات تصنيف وأدوات. ويتم فيها أيضا تقديم معارف جديدة خاصة بالاضطراب، تمكن القارئ من الاقتراب بشكل قائم على أساس نموذج نظري واختيار الأدوات التشخيصية الملائمة لوضع مشكلة المريض.

وفي المحيط الناطق بالألمانية تسود إما المنشورات الخاصة بالنموذج لتحليل المشكلة ومفهوم الحالة أو يتم تقديم معارف خاصة بالنسبة إلى تشخيص مجموعات محددة أو إجراءات محددة أو يسترشد المرء بشكل خاص نحو التشخيص وفق مدارس علاجية محددة. لهذا فنحن نقدم كتابا، يمكنه أن يساعد على ردم هوة قائمة.

فما الذي يتوقعه القارئ من هذا الكتاب؟ يقدم الجزء العام معارف أساسية حول أهداف ومهام وإجراءات أو عمليات ونوع التشخيص النفسي الإكلينيكي. ومن أجل هذا الغرض تم عرض وتوضيح نماذج التصنيف ونماذج التشخيص المسترشد بالعلاج. وفي التشخيص النفسي الإكلينيكي القائم على التعديل تم عرض نماذج خاصة بالمدارس وعابرة للمدارس على حد سواء (مع العلم أن النماذج السلوكية الاستعرافية تلعب دورا خاصا).

وفي المداخل الخاصة بالمدارس قمنا وبشكل مقصود بعمل انتقاء استنادا إلى نماذج التشخيص النفسي الإكلينيكي الاستعرافي السلوكي والتحليلي النفسي والمتمركز حول

المتعالج والمتوجه منظوميا. وبهذا نكون قد غطينا الأدوات المنتشرة بشكل واسع في الممارسة.

وفي الجزء المتعلق بطرق الحصول على المعلومات التشخيصية قدمنا عرضا عاما لطرق التشخيص النفسي الإكلينيكي، كالمقابلة وملاحظة السلوك ومقايس البنى والعمليات الاستعرافية وأدوات الفحص الفيزيونفسية والموضوعية. وخصص فصلا خاصا لعرض نماذج تشخيص العملية وتشخيص المجرى كأشكال مهمة للتشخيص المتجه نحو التعديل [التشخيص المسترشد بالتعديل]، وكذلك في سياق الممارسة المضبوطة.

وفي السنوات الأخيرة أصبحت ضرورة استخدام موارد المريض في التشخيص القائم على المشكلة أكثر بديهية. ومن هنا فقد تم تخصيص فصل خاص هنا أيضا لتشخيص الموارد.

وفي الجزء الخاص بالاضطرابات من هذا الكتاب نجد مداخل قائمة على التصنيف والتعديل. كما يقدم هذا الجزء أيضا معلومات حول أهم أدوات التشخيص في الاضطرابات المختارة، وبشكل خاص من المجال الناطق بالألمانية.

يتوجه كتاب التشخيص النفسي الإكلينيكي للدارسين والممارسين. إنه يتطرق لأهم المبادئ والتحديثات في التشخيص النفسي الإكلينيكي؛ وبهذا فهو يلائم كذلك كمرجع أساسي.

لقد أتاح لنا تصميم الكتاب الحالي اكتساب خبرات متنوعة من خلال عالمات وعلماء مشهود لهم.

لم نهب من أي جهد، وحملنا المؤلفين جهدا أيضا، من أجل تسهيل تجانس وعرض الفصول بأكبر درجة ممكنة.

وكما هو الحال في كل شيء فإن بعضها يستغرق أحيانا وقتا أطول. ومع هذا الكتاب نأمل أن يكون صبر المؤلفات والمؤلفين وكذلك القراء قد استحق.

نشكر كل الكاتبات والكتاب لجهودهم على البقاء معنا إلى حين إنجاز هذا الكتاب. كما نشكر أيضا دار نشر كولهامر وبشكل خاص السيد الدكتور روبريشت بونسغن الذي تعهد بطبع الكتاب في هذا الشكل والتزم بنجاح.

والشكر الخاص لغيرلند شلوتكه التي بذلت جهدا شخصيا كبيرا في التصحيح والفهرس.

في نيسان 2008

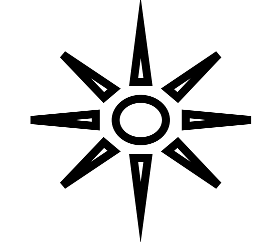
Bernd Rohrle, Marburg
Franz Caspar, Bern
Peter F. Schlottke, Tuebingen

صفحة زوجية فارغة

I

أولا

الجزء العام



صفحة زوجية فارغة

1- المهام والخلفيات

بيرندرورله Bernd Roehrle

1- مدخل
2- التأثيرات
3- التعريف والمهام والأهداف
4- الوظائف
5- أنواع التشخيص
6- ملاحظات ختامية

1. مدخل

تتنوع أهداف ومهمات التشخيص النفسي الإكلينيكي المختلفة بمقدار تنوع أسسه النظرية والإجراءات الطرائقية والتأثيرات الخارجية المشكلة له. وبهذا فإن التشخيص النفسي الإكلينيكي غير ممكن من دون نقاش مستمر يلتزم بسياق هذا التنوع. ومن هنا تجري بين الحين والآخر محاولات تنادي بطرح هذا النقاش على العلن. وبنتيجة ذلك صدر في المحيط الناطق بالإنجليزية عدد من الكتب والمراجعات، وبعضها في طبعات جديدة إلى حد ما. وفي المحيط الناطق بالألمانية نجد بانتظام منشورات شبيهة أيضا. والكتاب الحالي يعتبر نفسه كجزء من هذه المشاريع، حيث يهدف إلى توضيح الكثير من المظاهر الجدية للنقاشات القائمة حتى الآن (مثل التشخيص في صور مختارة من مجالات الاضطرابات على سبيل المثال).

وسوف نقوم فيما يلي بتقديم التأثيرات الخارجية التي أثرت على التشخيص النفسي الإكلينيكي Clinic-psychological Diagnostic وما زالت تميزه حتى اليوم. وسوف نتطرق بعد ذلك إلى المفاصل التعريفية والمهمات أو الأهداف وأنواع التشخيص.

2. التأثيرات

إذا ما انصب الاهتمام بداية على الخلفيات التاريخية للتشخيص النفسي الإكلينيكي Clinic-Psychological Diagnostic ، فسوف تتضح لنا الخطوط الفكرية الراهنة حول الطريقة التي يتم فيها الوصول إلى استنتاجات والكيفية التي يتصور فيها المرء مجال الموضوع وما هي الوظائف الاجتماعية المطروحة التي أثرت وما زالت تؤثر.

ترتبط الأفكار الأساسية للتشخيص Diagnostication بصورة وثيقة مع ظهور علم النفس الإكلينيكي. وترتبط بالمعنى الضيق مع تأسيس أول عيادة نفسية في عام 1896 من خلال ويتمر Witmer (1867-1956) وحوالي عشر سنوات لاحقة من خلال غودارد Goddard (1908) . إذ أبدا كلاهما اهتماما كبيرا بالمسائل التشخيصية في المجال النفسي الإكلينيكي. فقد حاول ويتمر تجميع قصص لحالات بهدف التعرف بهذه الطريقة على القانونيات العامة للاضطرابات النفسية بالإضافة إلى تطوير إمكانات تشخيصية بالاختبارات تكون صالحة بشكل عام. وفي هذا السياق افتتح ويتمر أيضا مكتبا للاختبارات من أجل الفرز المدرسي.

وفي هذه التطورات المبكرة للتشخيص النفسي الإكلينيكي لابد من الأخذ بعين الاعتبار بأنه قد سبقته تقاليد ثقافية طويلة هي التي جعلته ممكنا. وعلى ما يبدو فقد كان أقدم اهتمام تشخيصي في تاريخ الثقافة البشرية موجها نحو التنبؤ بالأحداث الطبيعية والسياسية (في عصور ما قبل الميلاد على سبيل المثال). ولاحقا تجلى الاهتمام بالتنبؤ بالأحداث الفردية (حوالي 500 بعد الميلاد). وكانت أهم الطرق التنبؤية في ذلك الوقت تحليل الكبد (فحص كبد خراف الأضاحي) وعلم التنجيم. وحتى في العصر الهيليني ظل التنجيم يلعب دورا (عند بطليموس وفيثاغورث على سبيل المثال).

وفي وقت مبكر من العصور الغابرة يمكن إيجاد جذور الاهتمام بتقسيم الناس في أنماط، وبشكل خاص أيضا من أجل التمكن من استخدامهم بشكل أفضل في المهمات المختلفة. وبمقدار ما يبدو هذا الاهتمام بسيطا فإن أهمية الفروض الأساسية المترافقة مع

ذلك كانت عميقة: فتحديد الناس كأفراد والتمكن من التمييز بينهم بوضوح كبقية الأمور الأخرى في العالم، تمثل إحدى المقدمات المنطقية premise الموجهة. وفي الوقت نفسه تطورت التصورات حول علاقة الظواهر ببعضها (على سبيل المثال الجسد والروح) وعلاقة السبب والنتيجة والمستقبل المحتمل للظواهر ذات الاهتمام.

ومع تمييز أفلاطون بين الفرد الاجتماعي وغير الاجتماعي تم التأكيد في العصور القديمة على فكرة الفردية. وتم تغذية هذه الفكرة لاحقا بالفكرة المسيحية عن خلود الروح. وفي العصور التالية انبثق تصور الفرد الحر مبدئيا، والذي ينبغي ضبطه أيضا (هوبس). واليوم يعد التشخيص النفسي القائم على الفرد من الأمور البديهية في الغرب، ومع ذلك فإنه لا بد من التشكيك في أحادية هذه البديهية وبالتحديد مقارنة مع الثقافات الأخرى التي ينبغي النظر إليها في سياق نشوء المجتمعات متعددة الثقافات.

الاهتمام التشخيصي التاكسونومي (التصنيفي taxonomy)[1] الذي ما زال حتى اليوم سائدا أيضا، ليس فقط في علم النفس الإكلينيكي فقد ظهر بداية في العصور القديمة لدى الرواقيين Stoics (500 ق.م.) من خلال محاولة التفريق بين الحالات الوجدانية كالفرح والحزن والخوف والأمل. ويمكن اعتبار مثل هذه التفريقات كممهدات للتفريق المهم من الناحية النفسية الإكلينيكية لحالات المشاعر القابلة للتحديد. كما ارتبط بهذا بصورة وثيقة تصور تيوفارست Theopharst (372–287 ق.م) الذي قسم الظواهر الفردية للناس إلى أنماط. وبطريقة مشابهة ذهب أرسطو (384–322 ق.م.) إلى أنه لابد من توفر إمكانية تصنيف فراسي[2] physiognomic . ومن المفترض لهذا التصنيف أن يتيح إمكانية تقييم طبائع البشر من خلال مظهرهم الجسدي. وكانت

---

(1) المعنى هو التصنيف في علم الحياة. تصنيف النبات والحيوان إلى طوائف ورتب وفصائل وأجناس وأنواع. (المترجم).

(2) علم الفراسة: physiognomy دراسة ملامح الوجه وأساريره باعتبارها دليل على الطبع أو الخلق. (الصفات الباطنية التي تتجلى في المظهر الخارجي) (المترجم).

الفرضية القائمة خلف ذلك هي أن الروح والجسد معا يتغيران بالارتباط مع كل الانفعالات الطبيعية. وكان يفترض لهذا التشخيص أن يساعده على اختيار التلاميذ[1]. ففي هذا الإجراء لم يتم التفريق بين الأفراد فحسب وإنما كان يتم استنتاج الصفات (السمات Traits) الداخلية من خلال القابل للملاحظة. وقد تبنى توماسيوس Thomasius (1691) وغيره هذه الفرضية القائلة بالتباين المشترك بين الروح والجسد والذي اشتهر بعمله بعنوان "التعرف على خفايا قلب الناس الآخرين حتى من دون إرادتهم من الأحاديث اليومية". حتى أن المرء يجد في هذا العمل الاقتراح القائل باستخدام مقاييس تقدير لهذا الغرض. وقد ظل تقليد التشخيص الفراسي physiognomic مستمرا حتى يومنا هذا عبر لافاتر Lavater وكريتشمر Kretschmer وشيلدون Sheldon ، على الأقل إذا كان الهدف التعرف على حالات المشاعر من خلال التجليات الخارجية، وذلك في إطار أبحاث العملية العلاجية النفسية على سبيل المثال (بمساعدة الطريقة التي طورها كل من إيكمان وفريزن Ekman & Friesen لتحليل الإيماءات والتعابير على سبيل المثال). إلا أنه السؤال المطروح حتى اليوم: "كم من السمات الكامنة، سواء كانت صفات أم استعرافات أو حتى عمليات لاشعورية بمعنى فرويد، يجوز لنا افتراضها من دون أن نخرق بشدة مبدأ الاختزال والقابلية للقياس ؟" أو منظورا للأمر من الزاوية الأخرى: "كم على المرء أن يفترض؟"

كما عرفت العصور القديمة الميل لتنميط الفروق الفردية حسب السمات الثابتة (المفترضة)، أي تنظيمها ضمن فئات. فقد قام هيبوقراط (أبقرط Hippocrates) (460-377 ق.م.) بتقسيم الناس إلى النمط الدموي Sanguineous والغضبي Choleric والبلغمي Phlegmatic والسوداوي Melancholic . وبناء على ذلك صاغ فرضيته التي لا تميز بين الناس الأشخاص فقط وإنما تستخلص الفروق بين الظواهر الجسدية والنفسية. فقد

---

(1) في الصين القديمة (حوالي 2000 ق.م.) كان هناك تقليدا لاختيار الشخصيات القيادية الملائمة بمساعدة اختبارات التاريخ. (المؤلف).

عرض صفات لأنماط من الأشخاص تعزى لتأثير سوائل الجسد كالمرارة والبلغم والدم. ورفض الفرضية السائدة في ذلك الوقت حول تأثير القوى العليا transcendence. وبالطريقة نفسها سلك الطبيب الروماني غالين Galen (163– 201م). ويمكن اعتبار كلا الرؤيتين على أنهما طلائع التشخيص النفسي الجسدي والفيزيولوجي النفسي. ومنهما نستشف ذلك الميل في التشخيص الذي مازال سائدا حتى اليوم نحو عزو المعطيات الظاهرية إلى أسباب كامنة خلفها، وفي هذه الحال لأسباب من النوع الجسدي. وقد واصل سايدنهام Sydenham في القرن السابع عشر تطوير هذه الفكرة في استقصاءه للحالات الهستيرية إلى علم للأمراض pathology بالارتباط بين الأسباب والأعراض. بالإضافة إلى ذلك كان هيبوقراط في سياق علم الصحة الخاص به (الحمية dietetic) [1] قد تصور أنه من الممكن التعرف على الأعراض المبكرة للمرض؛ وهوما يمكن أن نطلق عليه اليوم تسمية التشخيص المبكر أو تحليل القابلية للإصابة (أو الحساسية[2] vulnerability) أو تحليل الخطر.

إلا أن الرؤية باتجاه العلاقات التشخيصية المنطقية rational diagnostically Relationship بالشكل الذي كان هيبوقراط قد لمح إليه لم تزدهر بداية إلا بنتيجة التنوير.

وهكذا ففي القرن التاسع عشر تم النظر باطراد للصفات النفسية على أنها وحدات شبه ثابتة. وبهذا تم أيضا وضع أسس التفكير التجريبي. وهنا أيضا ينبغي رؤية بداية نظرية القياس في علم النفس. فقد أصبحت طرق الفيزياء النفسية Psychophysics (كتقديم المنبهات القابلة للقياس على سبيل المثال) أساس التشخيص الموضوعي والتشخيص القائم على التحليل. وعلى سبيل التذكير في هذا السياق نشير إلى كاتل Cattell، تلميذ فوندت Wundt الذي طور أول "اختبار نفسي Mental Test" في عام 1890. وهو كان أيضا أول من افتتح عيادة نفسية ليتمكن من ممارسة الانتقاء المدرسي.

---

(1) Diet غذاء، وكان يعني بالأصل النظام الغذائي لتحقيق الصحة. Dietetics أي علم تطبيق مبادئ التغذية الصحية في إعداد الطعام للأفراد والجماعات.

(2) أو الاستعداد.

في عام 1883 كتب غالتون Galton كتابه "قياس الطبع The Measurement of Character" وعرض فيه مقاييس تقدير Rating Scale واختبارات ورقة وقلم واختبارات حسية حركية (كقياسات وقت الاستجابة على سبيل المثال). وعلى سبيل الذكر فإن مفهوم الاختبار يرجع له. واستمر الاهتمام القائم على أساس العلوم الطبيعية في تطوير عدد من اختبارات القدرات. من بين ذلك على سبيل المثال الأداة التي طورها بينيه في حوالي 1905 لتشخيص البلاهة أو اختبار ألفا وبيتا للجيش Army Alpha and Beta Test الذي طوره يركس Yerkes (1921) في حوالي عام 1915. كما أنه حتى بالمعنى الضيق فقد تم تطوير أساليب تشخيص نفسية-إكلينيكية لتحديد الأشخاص المضطربين نفسيا (الجنود) على مستوى مبني على أساس نظرية القياس؛ كصفحة البيانات الشخصية Personal Data Sheet لوود ورث Woodworth (1919) على سبيل المثال، والتي أطلق عليها هذه التسمية هولينغسوورث Hollingsworth في عام (1920) وعدلها أيضا. وما زال البحث عن قياس تشخيصي دقيق قدر الإمكان مستمرا حتى اليوم ويرتبط في النهاية مع الآمال بالتشخيص المدعوم بالكمبيوتر بدون أخطاء.

أما الاهتمام بتصنيف الاضطرابات النفسية المختلفة فقد تم تأسيسه بصورة أساسية من قبل كريبلين، وهو تلميذ لفوندت أيضا. ومن دون هذه التقسيمات الأولى وطرقها (الاستدلال الإكلينيكي الاستقرائي)[1] لم يكن تصنيف الاضطرابات النفسية السائد اليوم ولا اكتشاف المتلازمات (نم صفات الأعراض) ممكنا. كذلك كان من الصعب اليوم تصور وجود التطور الذي يرجع إلى العام 1939 لواحد من الاختبارات النفسية-

(1) **الاستقراء**: كان الاستقراء جزءا من المنطق القديم. ينطلق المنطق من المعطيات الحسية والوقائع الفردية التي تعرضها علينا التجربة الحسية، فهو يقوم على مبدأ مادي ويستند من جهة أخرى إلى الحقائق المعقولة. يعالج القياس المعقولات بينما الاستقراء يعتمد على المعطيات الحسية ففي القياس ينتقل الفكر من معقول إلى معقول أما في الاستقراء فينتقل الفكر من المحسوس الجزئي إلى المعقولات العامة والاستقراء نمط مغاير مغايرة جوهرية للقياس وهو استدلال يستنبط فيه الفكر الحقيقة الكلية من ملاحظة معطيات جزئية بالقدر الكافي.

الإكلينيكية المستخدمة حتى اليوم، ألا وهو اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية Multiphsic Minnesota Personality Inventory الذي يرمز له اختصارا (MMPI) .

ومنذ ستينيات القرن العشرين ظهرت معالم تحول واضح في التشخيص النفسي الإكلينيكي: فقد ابتعد عن سيطرة التشخيص القائم على أساس السمات باتجاه التوجه المحيطي (milieu orientation) والتشخيص القائم على الموقف. وقد ارتبط هذا التحول بـ:

- نقد التشخيص الطبي النفسي ونموذج المرض الطبي المرتبط معه، سواء من منظور نظرية الاختبارات أم من المنظور الاجتماعي العلمي. ولعل غياب موثوقية الطرق التشخيصية وعواقب التلقيب والاستنتاجات ذات النتائج بعيدة المدى لا تمثل إلا بعض نقاط النقد.
- تأثير نظريات التعلم والنظريات التبيئية ecological Theories ، كتلك التي ترجع إلى سكنر وثورينديايك وباركر: إذ يكمن التقدم المعرفي الجوهري لتلك المداخل بالنسبة إلى التشخيص في أنه تم جعل الأهمية الإمبيريقية لسمات الشخص نسبية بدرجة كبيرة لصالح سمات الموقف. وفي وقت لاحق احتل تصور وجود تفاعل متبادل بين الشخص والموقف وظيفة وسيطة (التفاعلية Interactionism). كما تم إحداث تحول أكثر اتساعا وبشكل خاص من خلال علم النفس التبيؤي Ecological Psychology . فقد قلل علم النفس التبيؤي من أهمية الفرد وعزا، بمعنى القياس بالاستنباط[1] conclusion by analogy، إلى الظروف المحيطية المهمة (كالجو الاجتماعي للمنشآت العلاجية على سبيل المثال).

كما ترتبط بشكل وثيق مع هذا التطور المعرفة بأنه يمكن تعديل السلوك الفردي من خلال تعديل سمات الموقف (محفزات السلوك، مثيرات السلوك، العواقب). وتلك

---

(1) استنباط أو استخلاص الحقائق والمعلومات الجزئية من القواعد والقوانين العامة.

القناعات تميز لحظة ولادة طرق العلاج المسندة إمبيريقيا، وبشكل خاص العلاج السلوكي. أما الطرق العلاجية الأخرى فقد لحقت بهذا المسار من التفكير بشكل بطيء في البداية مع وجود استثناءات قليلة. ومن خلال المعرفة أنه يمكن أيضا الوصول إلى شكل من التعديل للسلوك غير المرغوب من خلال التحليل الموقفي، ازداد الاهتمام بأهداف التشخيص القائمة على التعديل modification oriented Goals of Diagnostic . وقد قاد هذا الاهتمام إلى مسائل انتقاء وتصميم الظروف المهمة للسلوك من أجل تحقيق التعديل الممكن، ولكن أيضا إلى المسائل المتعلقة بالكيفية التي يمكن فيها للمرء الاقتراب من الأهداف الموضوعة. وعليه فقد توسعت مسائل التشخيص القائم على التعديل باتجاه مطالب تشخيص العملية وتشخيص النجاح وانتهاء بما تطلق عليه اليوم تسمية إدارة الجودة Quality management أو التشخيص المسند على الدليل Diagnostic based on evidence. ونتيجة لهذا التطور تم البحث ثانية عن الروابط الفكرية بتشخيص الصفات وذلك في سياق المسائل التي تهدف إلى المساعدة في اتخاذ القرار المتعلق بمن هم الأشخاص، وبأي نوع من الاضطرابات النفسية وفي أي سياق يمكن أن يستفيدوا على الأكثر (الفاعلية التفريقية Differential Indication). وهذا التشذيب للأسئلة ليس مجرد تعبير عن المدخل مطرد الدقة باستمرار للتشخيص النفسي الإكلينيكي فحسب وإنما هو استئناف لرؤية مبرهنة علميا ترافقت منذ العصور القديمة باكتشاف الفرد: فطبقا لهذه الرؤية فإنه لا يمكن الحصول على المعارف التشخيصية إلا بصورة فردية وبشكل متعلق بالموقف فقط. فهي تؤكد إذا على الرؤية الفردية Ideographic. وهذا النوع من المداخل، الذي يحاول جعل شيء ما موضوعيا من الناحية التشخيصية، يتناقض مع البحث عن القانونيات والتنظيمات العامة في إطار ما يسمى بالتوجه الناموسي (أو التشريعي homothetic).

إلى جانب هذه التأثيرات التاريخية الفكرية على التشخيص النفسي (الإكلينيكي) أثرت كذلك الأوضاع الاجتماعية السائدة وسياقات الاهتمامات. وبصياغة متطرفة أكثر، فقد تمكن المرء من دفع تطوير التشخيص بشكل أساسي في سياق الشقاء الإنساني

والحروب واهتمامات الاستخدام الاقتصادي. وحتى الدفع الاحترافي Professionalize أسهم في صياغة هذا التطور.

فعندما انتشرت الأوبئة في العصور القديمة مع ظهور المدن المستقلة إداريا، ازداد الاهتمام بمهن الشفاء وأشكال الحياة الصحية. ومما لا شك فيه فإن هذا قد كان إلى جانب التأثيرات التاريخية الفكرية سببا آخر لتطور المسائل التشخيصية المبكرة. وبشكل خاص تتضح اهتمامات الاستخدام مع بداية الثورة الصناعية، التي أدت بعد مرحلة توسيعية (الاستخدام العشوائي للقوى العاملة) إلى ضرورة تكثيف العمل (الانتقاء الهادف للقوى العاملة المؤهلة). وفي الوقت نفسه حدث الازدهار في التجارة والعلم، وفي تقوية المواطن وفي اتساع التمايز الاجتماعي، مما قوى الاهتمام من ناحيته في انتقاء الأشخاص الملائمين لمسارات التعليم المختلفة وسياقات الاستخدام الأخرى، مثل انتقاء الأشخاص على سبيل المثال للخدمة العسكرية. كما كان التصنيف ضمن فئة مرضية يمثل قرارا مهما بالنسبة إلى صناديق الضمان الصحة وأنظمة التأمين الأخرى، من أجل الحفاظ على قوة العمل أو استعادتها. غير أن هذه القرارات الحديثة تشذ عن المهمات السابقة من ناحية أنه يترافق مع ذلك أيضا اهتمام تشخيصي علاجي، إعادة تأهيلي، أي في النهاية اهتمام تشخيصي قائم على التعديل. فقبل ذلك كان الاهتمام مرتبطا بالتوزيع الأمثل قدر الإمكان للأشخاص على الأماكن الاجتماعية المناسبة بالنسبة لهم أو المتوفرة. وبداية مع ظهور الإمكانات والضرورات العلاجية عثر أيضا التشخيص القائم على التعديل المذكور على مكانته. ففي خمسينيات القرن العشرين أظهرت الحسابات الاقتصادية بأن تكاليف علاج المرضى نفسيا أقل من تكاليف الرعاية[1] من دون علاج. ومن هذه الناحية فإن الجهود الحديثة من أجل أشكال العلاج المحمولة ماديا والتشخيص المترافق مع هذا في شكل "العناية المدارة Managed Care" و"الإمداد التكاملي" و "إدارة الجودة"، ليست جديدة.

---

(1) الإبقاء على المرضى في المستشفيات أو في أماكن خاصة بهم.

وفي هذا السياق ينبغي عدم نسيان أن التعامل المؤسساتي والثقافي مع الاضطرابات النفسية في مجرى التاريخ قد أثر بشكل واضح على المهمات (الوظائف) التشخيصية. ففي العصور السابقة تم النظر للاضطرابات النفسية على أنها ظواهر خفية[1] mystical وكانت بوصفها كذلك ممتنعة عن مدخل يتسم بالمنطق. وشكلت الفروض المذكورة من العصور القديمة والعصور الوسطى حول الأسباب الجسمية للتضررات النفسية استثناء من ذلك. ومع تحرير "المجانين" من خلال الثورة الفرنسية نمى للمرة الأولى الاهتمام بالتوزيع الصحيح للأشخاص. فقد انصب الاهتمام في إطار هذا التحرير على فصل الفقر والجنوح والمرض عن بعضها. وكان العمل ينصب على إلحاق الناس المرضى نفسيا بتصورات علاجية "من المعالجة الأخلاقية Moral Treatment" التي تمتد كثيرا أو قليلا من التوجه الرعوي التربوي وصولا إلى اللاإنسانية التي تدعي المنطق. وفي وقت لاحق إلى حد ما في نهاية القرن التاسع عشر ظهرت حركة الصحة النفسية والاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية. وهي سعت أيضا إلى تحسين الرعاية للمرضى نفسيا. وقد ظل هذا الاهتمام حيا حتى اليوم، وذلك عندما يتعلق الأمر على سبيل المثال بمسألة فيما إذا كان العلاج الترقيدي[2] ضروريا أم من الأفضل إجراء علاج خارجي أم أن التسكين ضمن مجموعة سكن هو الإجراء الأفضل. وهنا لابد من الأخذ بعين الاعتبار بأن عروض العلاج ومن ثم أيضا المطالب التشخيصية لم تكن بالضرورة تتجه نحو مقتضيات المرضى، ولم تكن هذه المقتضيات ذات أولوية. بل كانت تتسم باهتمامات عدد كبير من اللوبيات[3].

---

(1) صوفية، روحية، غير بادية للحواس باطنية.

(2) العلاج داخل المستشفى بالإقامة فيها (إدخال المريض للمستشفى).

(3) جماعات الضغط التي بيدها القرار.

3. التعريف والمهام والأهداف

انبثقت من الاهتمامات الاجتماعية والتاريخية الفكرية الموصوفة للتشخيص النفسي (الإكلينيكي) أهداف ومهام وأنواع مختلفة جدا من التشخيص. مع العلم أنه توجد الكثير من المشتركات التي تجعل من إمكانية وضع تعريف شامل ممكنة:

> التشخيص النفسي الإكلينيكي هو الاستقصاء المؤسس علمياً للظواهر النفسية ذات الاهتمام الإكلينيكي بمساعدة طرق صادقة وثابتة، تستخدم مستويات ومظاهر مختلفة لما ينبغي تشخيصه (منظومات، مواقف، استعرافات، سلوك، مؤشرات بيونفسية) ومصادر بيانات وتواريخ. وتفيد البيانات التي يتم الحصول عليها كمساعدة على الاستنتاجات واتخاذ القرارات التي ينبغي لها أن تكون بالنسبة لصاحب التكليف والمنفذ اقتصادية بمقدار ما هو لازم ومفيدة وسليمة أخلاقياً بقدر الإمكان.

وسوف يتم التطرق للطرق والحصول على البيانات في مكان آخر من هذا الكتاب وفي منشورات أخرى يشير إليها الفصل الرابع عشر؛ وباحثون مختلفون في الجزء المتعلق بالاضطرابات في هذا الكتاب ولدى بيترمان ورواينكر (Petermann & Reinecker, 2005).

ويرتبط اختيار طريقة الحصول على البيانات بالسؤال عن: ما هي الأداة التي تصور الظاهرة المستطلعة وما هي جودة تصوير هذه الأداة للظاهرة (الدقة، والموثوقية والموضوعية)، وذلك بمعنى الكمال والفائدة والاستساغة الأخلاقية. ويتم تحديد جودة طريقة الحصول على المعلومات (الأداة) من خلال محكات متنوعة. ومن الممكن في هذا المقام الإشارة إلى التنوع الكبير لهذه المحكات وعلاقتها ببعضها. وهي متنوعة كتنوع الطرق نفسها وتحديدها يتعلق بنوع الهدف التشخيصي والإجراءات (قارن

أدناه). يضاف إلى ذلك فإن لها أهمية مختلفة في النماذج المختلفة للحصول على البيانات: أي في نموذج نظرية الاختبارات التقليدية وفي نظرية الاختبارات الاحتمالية.

ويتعلق ثبات Reliability أو موثوقية الاستطلاع بسمات الموضوع[1] التشخيصي (على سبيل المثال ثبات حالة إيمائية مصبوغة انفعاليا) ودقة قياس الأداة (على سبيل المثال دقة منظومة تصنيفية بالنسبة إلى الحالات الانفعالية المرضية)، التي ينبغي من خلالها قياس الموضوع (مع العلم أنه يمكن للمواضيع أن تكون قابلة للملاحظة أو مستنتجة: كالسلوك العدواني والعداوة المفترضة). كما يتعلق أيضا بمقدار المدى الممكن لتعميم الثبات المستنتج على الأشخاص والمواقف. وهنا ينشأ مأزق بشكل خاص في برهان التغيرات في سياق المهمة: فعلى أدوات القياس من جهة أن تكون ثابتة ومن ناحية أخرى عليها أن تكون حساسة للتعديل.

وتتحدد موضوعية الإجراء (الاختبار) من الثبات تجاه التأثيرات المسببة للخطأ، التي تنبثق عن نوع الحصول على البيانات والتقويم.

ولا يمكن تحديد مقدار الدقة بشكل مباشر. وبالفعل فالمطلوب هنا أساليب (اختبارات) مختلفة الأنواع للتمكن دائما من ضمان الدقة. فدقة (صدق Validity) إجراء ما يعكس المقدار الذي تتم فيه الإحاطة بما ينبغي استطلاعه. وتطلق على عملية ارتفاع الصدق من خلال اختيار أدوات واستراتيجيات الاستطلاع (أدوات الحصول على المعلومات) تسمية الصدق التزايدي أو التراكمي (الصدق التراكمي Incremental Validity). فكلما ارتفع استقصاء الاختبار لما هو يومي وطبيعي مما ينبغي تشخيصه، كان أكثر صدقا من الناحية التبيؤية[2] ecological (فاضطرابات القلق تبدو في الحياة

---

(1) تم اختيار مصطلح الموضوع Object بشكل مقصود، لأنه لا يقصد الأشخاص فقط وإنما من الممكن كذلك أن تكون مواضيع المحيط مقصودة أيضا (المؤلف).

(2) أي أنه يراعي العلاقات الطبيعية بشكل أفضل.

اليومية لمريض ما بصورة مختلفة عما يمكن أن تصوره إشارة (X) في استبيان للقلق؛ وهذا نفسه ينطبق أيضا على مواقف الملاحظة التشخيصية، ذلك أنه حتى في هذه المواقف لا بد من توقع أن يكون هناك تأثيرا للمشخص). فإذا ما كانت الملاحظة صائبة على ما يبدو فإنه تطلق عليها تسمية الصدق الظاهري (عندما يستجيب شخص ما على سبيل المثال بخوف عند وجود فأر صغير). أما الصدق الموضوعي فيكون موجودا عندما يقوم الخبير بالتعرف بوضوح على ما ينبغي قياسه (مثال ذلك الأصوات المسموعة، التي لا يمكن برهانها فيزيائيا). ويتم التعبير عن صدق المؤشر من خلال مفهوم الصدق التوكيدي (الصدق الإسنادي) Predicative Validity . وإذا ما تم التمكن من تصوير التغيرات بشكل جيد من خلال أداة القياس الملائمة فإنها تكون حساسة للتغيير alteration or modification sensitive . وإذا كانت الأداة قادرة في مجرى الملاحظة على اكتشاف حدثا منفردا (كاضطرابات سوء التشكل الجسدي على سبيل المثال) فإنها تعتبر أداة حساسة تصنيفيا (حساسة للتصنيف Classificatory Sensitive). أما إذا تم قياس الموضوع التشخيصي بأدوات مختلفة، ولكن للهدف نفسه فإنه يتم هنا اختبار الصدق التقاربي أو التطابقي convergent or Concurrent Validity . وعندما يتم استنتاج الموضوع التشخيصي من خلال اختبارات كثيرة أو من خلال تنظيمات تجريبية experimental arrangement على شكل بناء فرضي، فإننا نتحدث عندئذ عن صدق البناء Construct Validity (كقياس العداوة من خلال مقاييس العدوان والإحباط الهادف... الخ على سبيل المثال). فإذا ما بحث المرء عن أنماط التباين المشترك لمثل هذه القياسات، فيكون الأمر يتعلق في العادة بالصدق العاملي Factorial Validity (يساعد التحليل العاملي في هذه الحالة كأساس إحصائي، كما نشير هنا على سبيل الذكر إلى أساليب أخرى كالتحليل العنقودي Cluster analyses وتحليل البنية الكامنة latent Structure analyses). وفي سياق السؤال عن مدى دقة أداة القياس في تمييز الموضوع التشخيصي عن موضوع آخر (كتمييز اضطراب القلق عن الاكتئاب على سبيل المثال)، نتحدث عن الصدق التفريقي أو الصدق التمييزي differential or discriminative Validity.

وإلى جانب هذه المحكات الأساسية[1] للإجراء[2] التشخيصي يمكن الإشارة إلى محكات أخرى كالمنفعة usefulness أو الاقتصاد أو المعقولية (مقبول، لا يسبب الأذى) والتوافق الأخلاقي ethic compatibility. وتحدد التوجيهات الأخلاقية للجمعية النفسية الأمريكية Ethical Guidelines of American Association of Psychology بأن التشخيص النفسي الإكلينيكي ينبغي أن يكون معدا بطريقة: شاملة وخاليا من الأخطاء وصحيحا دائما lasting integer ومبني على أساس نظرية الاختبارات، ومرجع إلى معيار مناسب وملائم للتبليغ ومراع لصفات الأشخاص المعنيين وذلك فيما يتعلق بالجنس والسن والتوجه الجنسي والإعاقة واللغة الوضع الاقتصادي- الاجتماعي (APA, 1992, S. 1603).

ومن خلال تنوع الظواهر النفسية-الإكلينيكية الواجب تشخيصها فإنه من الضروري استخدام أكثر من أداة استطلاعية[3] (أداة قياس). وسوف يتطرق الفصل الرابع عشر من هذا الكتاب إلى هذه النقطة بالتفصيل. وغالبا ما يكون من الضروري عمل حلول توفيقية بين المطالب المختلفة فيما يتعلق بجودة اختبار ما. وعليه فإنه لابد في الممارسة التشخيصية في بعض الأحيان عمل حلول توفيقية بين الدقة والموثوقية والاستساغة (مثال ذلك غالبا ما لا يتحمس المرضى للإجابة عن الاستبيانات ذات القيم الاختبارية الجيدة؛ وبالمقابل يكونوا أكثر استعدادا لتقديم البيانات التشخيصية في جلسة حرة لكنها أقرب لعدم الموثوقية).

---

(1) تطلق عليها بالعربية سمات الاختبار الجيد.

(2) تستخدم مصطلحات الأسلوب والإجراء والطريقة التشخيصية بصورة مترادفة للدلالة على الأدوات التشخيصية مقاييس واختبارات ووسائل أخرى) المستخدمة في سياق العملية التشخيصية.

(3) يقصد بالاستطلاع الحصول على المعلومات. والتشخيص النفسي يقوم على الحصول على المعلومات بطرق الاختبارات والمقاييس النفسية أو عن طريق المقابلة والملاحظة...الخ.

4. الوظائف

تتجه وظائف أو مهمات التشخيص (النفسي الإكلينيكي) المعرف بهذه الصورة إلى تحديد أو وصف أو تصنيف أو انتقاء سمات الشخص أو سمات المحيط. وهذا النوع من التشخيص يسعى إلى تحليل أو توضيح أهداف وإجراءات التدخل وتحديد إجراءات التأثير، والتنبؤ بالاضطرابات النفسية والتجليات النفسية المرافقة للأمراض والإعاقات والشكاوى الجسدية.

ويقصد بالوصف تحديد سلوك المشكلة أو السلوك الهدف أو كليهما (علم الأعراض Symptomatology) وطبغرافيته[1] (الخصائص، الشدة، المجرى...الخ) والظروف (الأسباب) وحامل المشكلة. وعليه فإن الأمر يتعلق هنا بالتحديد (بالرسم) الواضح للموضوع المشخص المعني بالنسبة إلى المحكمين، مثل على سبيل المثال اضطراب القلق في وجوه تجلياته المختلفة (كسلوك الهرب، الانفعالات التي يذكرها الشخص، المؤشرات الانفعالية المقاسة على سبيل المثال) في البيت أو في الأماكن العامة. ويمثل وجوب أن تكون مثل تلك الوصوفات موضوعية كلية ومتحررة من النظرية واحدة من الإجراءات الأساسية لهذا العمل. ومن الصعب تحقيق هذا الإجراء ذلك أن المحكمين (متخذي القرار) يطعمون العملية التشخيصية بفرضيات استنتاجيه a priori Hypotheses متنوعة وإلى حد ما بفرضيات ضمنية من ذخيرتهم implicit repertory hypotheses وفرضيات ضمنية حول السلوك الشاذ. وهذه الفرضيات تكون مصبوغة بتاريخ الحياة وبالتنشئة الاجتماعية المهنية[2] وبالتأثيرات

---

(1) الرسم أو الوصف الدقيق للخصائص والسمات الظاهرة.

(2) التنشئة الاجتماعية المهنية تعني إلى حد ما التنشئة من أجل المهنة (دراسة علم النفس على سبيل المثال) والتنشئة الاجتماعية في المهنة (من نحو العمل كمتخصص نفسي). فباستمرار يكتسب المنشأ اجتماعيا (اسم المفعول) مهارات ومعارف ودوافع وتوجهات وأنماط تأويل متتابعة ذات أهمية بالنسبة إلى المهنة التي سيمارسها أو يمارسها. وتسير التنشئة الاجتماعية المهنية لطالب علم النفس الإكلينيكي على سبيل المثال بشكل أساسي عبر برنامج التأهيل المنظم بشكل رسمي. إلا أنه تترافق مع هذا عدد كبير من العمليات غير الرسمية حيث ينظر إليها على أنها مناهج curriculum مستترة أو كامنة.

الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك فإنه من غير الممكن عمل وصوفات متحررة من النظرية بسبب كونها قد تقود من دون إطار تفسيري إلى طروحات لا معنى لها (فهنا يكمن خلاف الفلسفة الوضعية[1] Positivism controversy of Science theory لنظرية العلم الذي انزلق في النسيان). وفي سياق مثل هذا المنظور تظل الاضطرابات النفسية التي ينبغي تشخيصها سمة إنسانية مقومة دائما، يمكن أن يختلف أساس تقويمها بشدة من محكم إلى محكم ومن ثقافة إلى أخرى. وربما توجد محكات عامة ولكنها تظل في النهاية محكات مشتركة رخوة، مثل التضررات المعاشة أو المعزوة من المرضى أو أطرهم المرجعية أو الانحرافات عن المعيار الاجتماعي أو الإحصائي.

ويقصد بالتصنيف والانتقاء Classification and Selection الأعمال التشخيصية التي تنتقي سمات الأشخاص أو الموقف وفق قواعد محددة من أجل إلحاقها ضمن مجموعات من السمات. وعادة ما يتعلق الأمر هنا بالفرز ضمن فئة من سمات الشخص محددة من الخبراء بمساعدة منظومات معترف بها عالميا. وبعضها تدعي بأنها متحررة من النظرية والتقويم؛ وهي فرضية لابد من وصفها بالمضللة بناء على ما تم ذكره. ويهدف تصنيف وانتقاء الأشخاص -ونادرا أيضا تصنيف الشروط- إلى تحقيق التقليل من التعقيد (الخصوصية الفردية Individuality). ويحصل هذا الأمر من خلال تجميع المواضيع التشخيصية حسب تشابهها من أجل التمكن من اتخاذ قرارات بسيطة في اختيار الأشخاص أو الشروط وتحليل البيانات والتنبؤ والتقويم. كما ينبغي جعل مجال الموضوع المعني سهل التواصل من خلال ذلك (قارن الفصل 12 من هذا الكتاب). وتنطلق الفرضية الكامنة خلف هذه الوظيفة التشخيصية في العادة من ثبات constancy الموضوع التشخيصي وقابليته الضئيلة للتأثر. وتحت هذه الميزة ينبغي أن يتم بشكل خاص انتقاء الأشخاص بحيث أنه لا يتم بالخطأ وضعهم في مجموعة أخرى من

---

(1) الفلسفة الوضعية: فلسفة أوغست كانت وهي تعنى بالظواهر والوقائع اليقينية فحسب مهملة كل تفكير تجريدي في الأسباب المطلقة.

الأشخاص غير تلك التي يعتبرها المرء وحدة تشخيصية (التشخيص التفريقي Differential Diagnostic). وعليه يسري على سبيل المثال أن يتم التمييز بين أفكار القهر في اضطراب القهر عن تلك التي يمكن أن تظهر بطريقة مشابهة في الاضطراب الفصامي. كما يتعلق الأمر في هذا الاختيار بشكل خاص بإلحاق الأشخاص في تحليلات تشخيصية تفصيلية أو ضمن ظروف حياتية أو علاجية (تحديد الفئات الفرعية لاضطرابات القلق على سبيل المثال ؛ الإلحاق في جماعة سكن للمرضى نفسيا). إلا أنه يمكن للأمر أن يتعلق بانتقاء السمات الموقفية أو ظروف الحياة من أجل تجهيزها لأشخاص معينين. وهذا هو الحال، وكما هو الدارج في الممارسة عندما، يتم استبعاد مرضى الإدمان من القسم الخاص بالمتضررين بالصدمة وإلحاقهم بداية في قسم الإدمان، لتجهيزهم بداية على علاج الصدمة. إن الدقة التي يتم فيها إلحاق الأشخاص أو سمات الموقف ضمن فئة معينة أو استبعادهم منها تميز حساسية أو خصوصية هذا القرار Sensitivity or Specifity of Decision .

ويقصد بالحساسية في العادة نسبة المشخصين كمرضى نفسيا بشكل صحيح وذلك في مجموعة الذين ينبغي تشخيصهم بشكل صحيح (إيجابي صحيح Right Positive). ويقصد بالخصوصية نسبة المشخصين على أنهم أصحاء بشكل صحيح في مجموعة الأشخاص الأصحاء بالفعل (سلبي صحيح Right Negative). وتطلق على نسبة المشخصين خطأ في كل مرة خطأ ألفا أو خطأ بيتا Alpha error or Beta error (إيجابي خطأ أو سلبي خطأ false Positive or false Negative). وبمساعدة جدول تايلور- روسيل Taylor-Russel-Tables يمكن التعرف في سياق صدق التشخيصات المستخدمة على نسبة المشخصين بصورة صحيحة مقابل الاختيار الصحيح عشوائيا. كما تتعلق دقة فرز فئات السمات أو الأشخاص بنسبة الحصول الأساسية للحدث أو الظاهرة وقيم القطع الموضوعة Cut-Off-Values . وهناك رغبة منذ بعض الوقت للتهرب من هذا التعلق، وذلك من خلال قيام المرء بتحديد الدقة في سياق نظرية اكتشاف الإشارة

signal-detection-theory بصورة احتمالية probabilistic كعلاقة بين الإشارة والضوضاء(1).

وعند التفسير فإن السعي للتوصل بمساعدة النظريات من الوصوفات المفترض أنها خالية من النظرية إلى دلائل سبب ونتيجة، يعد أمرا حاسما. فالمطلوب إذا على سبيل المثال : ما هي الشروط التي يظهر فيها السلوك المشكل وما هي العوامل التي تجعله يستمر؟ وبهذا فإن التفسيرات التشخيصية متعلقة بشدة بالنظرية، بل حتى متعلقة بالنموذجparadigm. مثال ذلك فإن المرء يبحث في التشخيص القائم على نظرية التعلم عن الأسباب الراهنة أكثر، في حين تلعب المظاهر التاريخ حياتية في التحليل النفسي دورا أكبر أو يتم في التشخيص القائم على السمات Traits عزو ما هو قابل للملاحظة إلى سمات كامنة (قارن الفصل الثالث والرابع في هذا الكتاب).

فإذا ما أراد المرء تعديل السلوك والعمليات النفسية وظروف المحيط فإن التشخيص يحاول عندئذ إعداد أفضل التوليفات من الأشخاص والظروف. وهذا يشمل انتقاء التقنيات وترتيب تسلسل محدد من الإجراءات وإعادة تكييف...الخ. وهنا يتم طرح الأسئلة التالية بالدرجة الأولى:

1- هل تدخل ما فاعل عموما؟ فإذا كانت الإجابة نعم، فما هو؟ (علاج نفسي؛ نوع العلاج النفسي أو تقنيات تعديل على سبيل المثال).

2- ما هو التفصيل الفردي الضروري [الطريقة النفسية المفصلة على الفرد اللازمة].

---

(1) نظرية اكتشاف الإشارة تم تطويرها من قبل جون سويتس وديفيد غرين John A. Swets & David M. Green ونشرت للمرة الأولى في كتابهما بعنوان نظرية اكتشاف الإشارة والفيزياء النفسية في عام 1966. فقد حللا اكتشاف الإشارات الصعبة على الكشف وقدما مقياسا لنوعية الأشخاص أو المنظومات المكلفين بهذا الاكتشاف. وكان السبب الأول لهذا البحث الهجوم الجوي الياباني على بيرل هاربر في عام 1941، الذي لم يتم التمكن من اكتشافه لا من الرادارات ولا من مراقبة الاتصالات من قبل الجيش الأمريكي. ومن هنا أتى الاسم صفات مشغل المستقبل receiver operator characteristic. والمقصود بهذا النظرية تحديد القدرة على اكتشاف الإشارة، أي مستويات العتبة التي تتأثر بالعوامل الخارجية والداخلية.

3- ما هي شروط الإطار (المحيط، المعالج [القيم والخبرات]) ومتغيرات المتعالج (الدافعية، الموارد، التعقيد) التي لابد من مراعاتها؟

وحسب مركز الثقل والإمكانية يمكن للمرء التمييز بين تعديل الشخص والظروف.

وفي التنبؤ Prognoses تتم محاولة توقع المجرى المحتمل للمشكلة من دون علاج واحتمال نجاح العلاج.

أما التقويم Evaluation فإنه يشمل تقييم نجاح التدخل (مقارنة الوضع القائم- والواجب في النهاية) أو التقييم المستمر للتعديل (لعدم التغير Not Changed) من أجل موائمة الإجراءات العلاجية في مقتضى الحال (التقويم التكويني formative Evaluation). وهنا يتم من ضمن الأسئلة المطروحة طرح الأسئلة التالية:

1- هل تعزى التعديلات للعلاج أم لعوامل خارجية أخرى؟

2- ما هي الظروف المحيطة المؤثرة على العملية والنتيجة معا؟

3- هل يمكن التعرف على إمكانات تحسن في الطريق العلاجي التشخيصي وبأية طرق يمكن تحقيق ذلك بالشكل الأمثل؟

4- وتعد هذه الأسئلة في الوقت نفسه المسائل المركزية في مجال الممارسة النفسية الإكلينيكية.

5. أنواع التشخيص

يمكن التفريق بين أشكال مختلفة من التشخيص النفسي الإكلينيكي في سياق نوع الموضوع التشخيصي والأهداف المرجوة والإجراء ونوع الاستنتاجات التشخيصية:

- تشخيص الحالة مقابل تشخيص العملية Status- vs. Process Diagnostic.
- التشخيص المرجع إلى معيار مقابل التشخيص المرجع إلى محك Norm oriented vs. Criterion oriented Diagnostic.

- الاختبارات مقابل القوائم Tests vs. Inventories.
- التشخيص كقياس مقابل معالجة المعلومات بالنسبة إلى أهداف العلاج Diagnostic as Measurement vs. Information Processing for the Treatment Goals.

وحسب نوع التكليف والمسألة المطروحة يسعى المرء أكثر إما إلى قياس الحالة الراهنة للموضوع التشخيصي أو يكون اهتمامه منصبا أكثر نحو التعديلات العملياتية processual. ففي انتقاء الأشخاص للمنشآت العلاجية ربما يكون التشخيص الراهن مهما، وبالنسبة إلى مواصلة العلاج قد يكون تعديل الأعراض هو المهم، وبالنسبة إلى إنهاء الإجراءات ربما تكون الحالة الصحية التي تم الوصول إليها هي المهمة. كما يمكن أن يكون الجو الاجتماعي في المنشأة العلاجية هو الموضوع التشخيصي. بالمقابل فإن العملية Process يمكن أن تتمثل في التعديلات المدركة في شفافية البرنامج العلاجي.

ويرتبط تشخيص الحالة status في الغالب بنظرية السمات، التي تأخذ بعين الاعتبار سمات الأشخاص أو المحيط الدائمة والفاعلة عبر المواقف المختلفة. وهنا غالبا ما يتعلق الأمر في العادة ببناءات افتراضية يستخلصها المشخص بناء على النتائج القابة للملاحظة للاختبار. وهنا يرغب المشخص النفسي التعرف على التباين بين الأفراد inter individual Variance وموضع الموضوع المفحوص ضمن جماعة ما، والتي تفيده هنا كأساس أو تعيين معياري normative . وغالبا ما يرتبط تشخيص الحالة مع استنتاج السلوك والخبرة المنسجمان مع المعيار أو المنحرفان عنه.

وعادة ما تستخدم هنا الطرق الاختبارية المعيرة المبنية على أساس نظرية الاختبارات، أي الطرق التي تجيز الاستدلال بناء على عينة population وقيم التوزع المعياري لسمة الفحص المراد قياسها. ويقوم هذا النوع من التشخيص على استنتاجين على الأقل: الأول من حدث قابل للملاحظة إلى بناء (ثابت) والثاني من فرز الموضوع التشخيصي في توزع من المواضيع القابلة للملاحظة. ويتم التشكيك مرارا بتشخيص الحالة لسببين: الأول يعد تشخيص الحالة بالمعنى النظري العلمي غير اقتصادي،

والثاني أنه قليل الفائدة بالنسبة إلى الأغراض التعديلية (قارن الفصل الرابع من هذا الكتاب).

وبالمقابل فإن تشخيص العملية Process Diagnostic يهدف إلى قياس التعديلات المرتبطة بالزمن والظروف في الموضوع التشخيصي، إما بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر (قارن الفصل الثالث عشر من هذا الكتاب). والشكل الأبسط من تشخيص العملية هو التغيرات بين الحالة أو الوضع رقم واحد (الحالة النفسية قبل العلاج على سبيل المثال) والحالة أو الوضع الثاني (الحالة بعد انتهاء العلاج على سبيل المثال). وقياس المجريات غالبا ما يكون عملية معقدة ومكلفة. فهو غالبا ما يخرق قاعدة الاقتصادية Economy rule، إلا أنه ضروري في الغالب من أجل لتوجيه الدقيق للتدخلات (التغير في علاقة المعالج- المتعالج على سبيل المثال من أجل تحقيق سمة نجاح التكامل بشكل أفضل). أما الأسئلة النمطية في سياق التشخيص النفسي الإكلينيكي القائم على العملية Process oriented Clinic-psychological Diagnostic فهي على سبيل المثال :

- هل توجد تأرجحات مزاجية مرتبطة بمجرى اليوم قابلة للملاحظة؟ أتشير هذه إلى تغيرات في الاستعرافات الكامنة خلف المنشأ الاكتئابي؟
- كيف تتغير قيم عبارة ما في مقياس بك للاكتئاب عند اقتراب نهاية علاج استعرافي ما؟
- أيتغير تكرار السلوك العدواني تحت شروط الإطفاء قياسا إلى مرحلة الاهتمام والخط القاعدي base line[1]؟

يضاف إلى ذلك عدد كبير من الأسئلة عندما يكون التشخيص القائم على العملية

(1) الخط القاعدي في علم تعديل السلوك هو نموذج تكرار السلوك الطبيعي خلال فترة زمنية أو أكثر يقوم المعالج بملاحظته فيها قبل عملية التعديل.

جزءا من التشخيص القائم على التعديل. وهنا يتعلق الأمر بمسائل مثل تلك التي تم تحديدها في تعليمات تحليل المشكلة والسلوك (قارن الفصل الثالث والرابع من هذا الكتاب).

وعند تقويم المعلومات التشخيصية، وحتى فيما يتعلق بالحدث العملياتي Processual أيضا، تلعب الأنواع المختلفة من المعايير دورا.

فإذا ما أراد المرء تحديد الموضع الفردي فيما يتعلق بجماعة معيارية (كانحراف أو "استواء" شخص ما بالنسبة إلى الأشخاص الآخرين في فحوص إكلينيكية بالاختبارات على سبيل المثال)، فإننا نتحدث عن استراتيجية مرجعة إلى معيار norm oriented Strategy . وإذا أردنا تحديد فيما إذا كان شخصا ما قد حقق الأهداف العلاجية فلا بد هنا من تحديد الموضع الفردي بالنسبة إلى محك Criterion . عندئذ يكون الإجراء التشخيصي النفسي مرجعا إلى محك Criterion oriented (مثال ذلك يمكن في إطار ما يسمى بقياس تحقيق الهدف Goal Attainment Scaling تحديد كم مرة ينبغي أن يتكرر ظهور العرة Tic في الساعة عند شخص ما في نهاية العلاج على سبيل المثال)

وفي الاختبار يهدف المرء إلى قياس عينة من السلوك والخبرة، تتيح منهما استنتاج قيمة سمة ما (بمساعدة اختبار للشخصية على سبيل المثال). ومفهوم "الاختبار Test" قريب جدا من مفهوم القياس measurement بمعنى إرجاع السمات لأرقام ، ذلك أنه يفترض أن يتم استخلاص متغيرة كامنة (سمة من سمات الشخصيةpersonality Trait على سبيل المثال). كما أن الفحوصات الداخلية بالاختبارات Ipsative examination with tests ، أي مقارنة السمات داخل الشخص نفسه تقع ضمن هذا (على سبيل المثال : هل الانحراف لدى الشخص في مقياس السيكوباثية أعلى من الانحراف لديه نفسه في مقياس الهستيريا؟).

وقد تحولت الاستنتاجات من هذا النوع الموضوع الرئيسي للجدل في التشخيص. وهنا تتم مناقشة مسألة فيما إذا كان من المفترض أن تكون الأدوات والاستنتاجات

اقتصادية بحيث لا يبقى هناك بقايا للبناء Construct على الإطلاق . وتعبر الرؤية المضادة عن نفسها على النحو التالي: إن التقليص على ما هو قابل للملاحظة بالذات هو تفريغ للمعنى وهو في النهاية ليس آمنا من الفرضيات النظرية الضمنية أيضا (عندما لا تتم الإشارة للعداوة، بل للسلوك العدواني على سبيل المثال).

وبما يشبه ذلك حصلت نقاشات مكثفة بين التشخيص القائم على الفرد والتشخيص القائم على التعميم Ideographic and nomothologic oriented Diagnostic . فبصورة مرتبطة بشدة بالمعرفة القديمة عن الأفراد (قارن سابقا) تؤكد إحدى الرؤى على أنه دائما لا يجوز طرح التشخيص إلا بالنسبة إلى الأفراد وتشكيلات المشكلات Problem Constellations فقط. وتذهب هذه الرؤية بعيدا إلى درجة أنها تنادي بتطوير طرق خاصة بكل فرد، بل حتى أنها تنادي بضرورة طرح افتراضات نظرية لكل فرد. إنها تؤكد في النهاية على ما تطلق عليه تسمية تشخيص الحالة الفردية أو الممارسة المضبوطة أو مفهوم الحالة Case Conception في حال التخطيط والتصميم الفردي للمعالجة.

بينما تنادي الرؤية التعميمية بوجود فئات عابرة للأفراد وكذلك قانونيات عامة يمكن استغلالها في الحالة الملموسة استنادا إلى المظاهر العامة (كالمعايير على سبيل المثال). وعلى الرغم من أن هذه الرؤى تصف نقاشا تاريخيا في النهاية، إلا أن المشكلات النظرية العلمية المرتبطة بذلك مازالت غير محلولة.

فإذا ما استطلع المرء ذخيرة السلوك Behavior repertory من دون استخلاص استنتاجات على المتغيرات الكامنة خلفه (بمساعدة تحليلات المشكلة، المقابلات، ملاحظات السلوك على سبيل المثال)، عندئذ يكون قد قام بجرد للمعلومات[1]. وغالبا ما تشكل هذه المعلومات عندئذ أساس البرنامج العلاجي والتقويم. كما يمكن للجرد من هذا النوع أن يكون جزءا من التشخيص المرجع إلى محك. ويمثل جرد الكفاءات الاجتماعية

(1) make an inventory an Information (Information inventarisation).

الذي قام به غولدفريد وديزوريلا (Goldfried & D‘Zurilla,1969) مثالا تاريخيا مهما لذلك. فقد جمع وصنف هذان الباحثان بمساعدة الملاحظة والاستقصاءات المواقف المهمة التي لابد وأن يتمكن الفرد الكفء من مواجهتها بنجاح. بعد ذلك قاما بجرد أنماط السلوك الممكنة بالنسبة إلى المواقف التي بدا أنها مهمة وإشكالية بالنسبة إلى كثير من المعنيين. وبناء على ذلك تم تقدير فاعلية أنماط السلوك المطابقة، بمساعدة حكم الأشخاص المرجعيين المهمين في بعض الأحيان. وعلى هذا الأساس طورا في النهاية استبيانا تم اختباره وفق المحكات النظرية للاختبارات.

تهدف القياسات إلى تبيين العلاقة بين الموضوع الملاحظ والموضوع التشخيصي المستقصى عنه (مثال ذلك قياس العدوانية Aggressively من أجل الحصول على العداوة Hostility). بالمقابل فإن المعلومات حول العلاج تؤكد على مظهر المنفعة.

وهدف التشخيص القائم على التعديل Goal oriented Diagnostic هو التحويل لأنواع وإجراءات من العلاج. ومن أجل هذا الغرض فهو إما أن يستخدم سياقات التفسير المشخصة على شكل تحليل السلوك والمشكلة أو يختار طرق أثبتت فاعليتها في أعراض محددة أو لدى مجموعات معينة من الأشخاص أو يستخدم كلتا الطريقتين. وفي هذا السياق يتحدث المرء عن التشخيص القائم على الفاعلية Indication oriented Diagnostic وهو لا يقصد بهذا إلحاق الأشخاص في علاج ما أو العكس فحسب، وإنما تحويل الشخص المعني أو تعيين شكل العلاج ضمن تشكيلة ملائمة في كل مرة (الفاعلية التفريقية والانتقائية Differential and Selective Indication).

فإذا ما تعلق الأمر بتكييف استراتيجيات المعالجة مع مجريات العلاج فإننا نتحدث عندئذ عن تشخيص الفاعلية المعدلة Adaptive Indication Diagnostic .

6- ملاحظات ختامية

خلاصة القول لا يعني التشخيص النفسي الإكلينيكي مجرد استنتاج الاضطرابات النفسية، وإنما هو عبارة عن حدث شديد التعقيد يتحدد شكله بصور مختلفة جدا تبعا للتوجه النظري والطرائقي والأهداف الموضوعة ونوع التكليف وخصائص الموضوع التشخيصي. التشخيص النفسي الإكلينيكي يهدف إلى وصف الاضطرابات النفسية وتعريفها، واتخاذ قرارات حول الفاعلية والعلاج ويسهم في تحديد الأهداف والتخطيط للعلاج وتقديم معلومات من أجل تقويم العملية العلاجية ونتيجة العلاج. ناهيك عن أنه لا يستغنى عن التشخيص في مجال صنع القرار النشوئي المرضي والتنبؤي والعلاجي. وهذا ينطبق أيضا على مجال تقويم القرارات المتخذة وما ينجم عن ذلك من عواقب.

وستظل الأسئلة والمواقف Position الأساسية (مثل العمومية مقابل الفردية) قائمة كقوى ديناميكية بالنسبة إلى الجدل اللاحق. وبمقدار استمرارية هذه النقاشات سوف تستمر أيضا، وبمساعدة الاستراتيجيات التشخيصية المختلفة، المساعي للوصول إلى اتخاذ القرارات الجيدة، أي الصادقة والموثوقة والموضوعية والمفيدة والمستساغة أخلاقيا. وربما تتعزز المساعي في المستقبل باتجاه شكل قائم على الدلائل evident based Form من التشخيص النفسي الإكلينيكي.

صفحة زوجية فارغة

2- عملية التشخيص النفسي الإكلينيكي

فرانس كاسبار Franz Caspar

1- مدخل

2- السمات العامة لنماذج العملية التشخيصية
General Characteristics of diagnostically Process Models

3- النماذج الوصفية والنماذج التعليلية (القائمة على التحليل المنطقي) **Descriptive and explanative (explicative) Models**

3.1 عام

3.2 دراسة الحكم الإكلينيكي

3.3 سمات المشخصين

3.4 انتقاد الأبحاث

3.5 مستوى الأوضاع

4- ضمان الجودة وتوجيه العملية

5- التكاليف والفوائد

6- نماذج العملية المفترضة[1] **prescriptive** وتحسين الكفاءة التشخيصية

6.1 النماذج المفروضة العامة

6.2 مقترحات عامة لتحسين الكفاءة التشخيصية

6.3 تشخيص السمات

6.4 مفهوم الحالة **case conception**

7- التأهيل

8- خاتمة

---

(1) فرضي، قائم على أساس قاعدة أو نظام.

في عالم مثالي يمكن للمريض أن يراجع الطبيب بقائمة من الأعراض والمشكلات. ويقوم الطبيب بتحديد المشكلة ووصف العلاج. وستكون الخدمة رخيصة وفاعلة وخالية من الألم. ومهما يكن فإن عدد كبير من المراجع يرى أنه من النادر أن تقارب القرارات الطبية هذه النماذج.	In an ideal world, a patient could approach a physician with a list of Symptoms and problems. The physician would identify the problem and administer a remedy. The service would be inexpensive, effective, and painless. However, a substantial literature suggests that medical decisions rarely meet these ideals. (Caplan & Frosch, 2005)

سوف نعالج في هذا الفصل مسألة إلى أي مدى ينطبق هذا على التشخيص القائم على العلاج وكيف يمكن تحسين هذا، بمقدار ما يكون ضروريا.

1. مدخل

يهتم جزء من التشخيص القائم على العلاج النفسي بالحالة Status (بشكل خاص المريض) استنادا على السمات المختلفة، ويهتم جزء آخر مباشرة بعملية العلاج. غير أنه في هذا الفصل لن نهتم بشكل أساسي بتشخيص العمليات Diagnostic of Process (قارن الفصل الأول من هذا الكتاب)، وإنما بعملية التشخيص Process of Diagnostic ولابد من التفريق بين هذين الجانبين حتى لو أنه في تشخيص العملية تناقش بالضرورة مسألة: لماذا يتم الاهتمام بنماذج عملية التشخيص النفسي الإكلينيكي؟ وهناك غرضان يحتلان الأولوية: الأول هو وصف مجرى الأنشطة التشخيصية في كل المظاهر المهمة وفهمها (النماذج الوصفية والنماذج التعليلية[1]). والثاني لعمل اقتراحات افتراضية (وضعية) prescriptive حول الكيفية التي لابد لعملية التشخيص أن تسير وفقها.

(1) Descriptive and Explanative Models.

أما الغرض الأول (الوصفي والتعليلي) فغالبا ما يكون مدفوعا بالرغبة في تحديد مصادر الخطأ والعيوب في نوعية الأحكام التشخيصية وبالإسهام في الوصول إلى التحسين وذلك من خلال الفهم المعمق الموضح إمبيريقيا. ومن هذا الجانب فإنه غالبا ما يرتبط كل من الغرض الأول والثاني معا، ولكن ليس بالضرورة.

لماذا ينبغي عدم فهم التشخيص النفسي الإكلينيكي على أنه حدث موقفي، وإنما كعملية؟ والسبب ببساطة لأنه في غالبية الحالات في الممارسة العلاجية النفسية الإكلينيكية فإن "المشخص في بعض الأحيان لا يقترب من الهدف المتمثل في الإجابة عن المسألة، إلا بعد عدد من العمليات" (Amelang & Zielinski, 1997, P. 435) .

فاستطلاع[1] ومعالجة البيانات التشخيصية والقرارات السابقة واللاحقة لذلك غالبا ما تمتد لأسباب وجيهة عبر وقت طويل:

- يمكن للاستطلاعات اللاحقة أن تتعلق بتقويم البيانات المستطلعة في السابق،
- يمكن من خلال المقاربة المتدرجة تخفيض إرهاقات المرضى والتكاليف،
- المرضى غير قادرين على تقديم المعلومات التشخيصية أو غير قادرين على تقديم معلومات تشخيصية محددة في الحالات التي لا يمتلكون فيها هذه المعلومات على الإطلاق أو لا يمتلكون فيها معلومات محددة.
- تكون التصحيحات ممكنة من خلال معلومات جديدة أو معمقة.
- تساعد الاتصالات المتعددة ببناء العلاقة وخلق الثقة (لم تخبرني إحدى مريضاتي بأنها قد عانت أيضا من هوس نتف الشعر trichotillomania إلا بعد معالجة ناجحة للاكتئاب والعلاج الزواجي).
- وبداية فإن المجرى يمكنه أن يظهر مدى ثبات سمات محددة ثابتة.

---

(1) المقصود بالاستطلاع الحصول على المعلومات المهمة بالوسائل التشخيصية النفسية المختلفة.

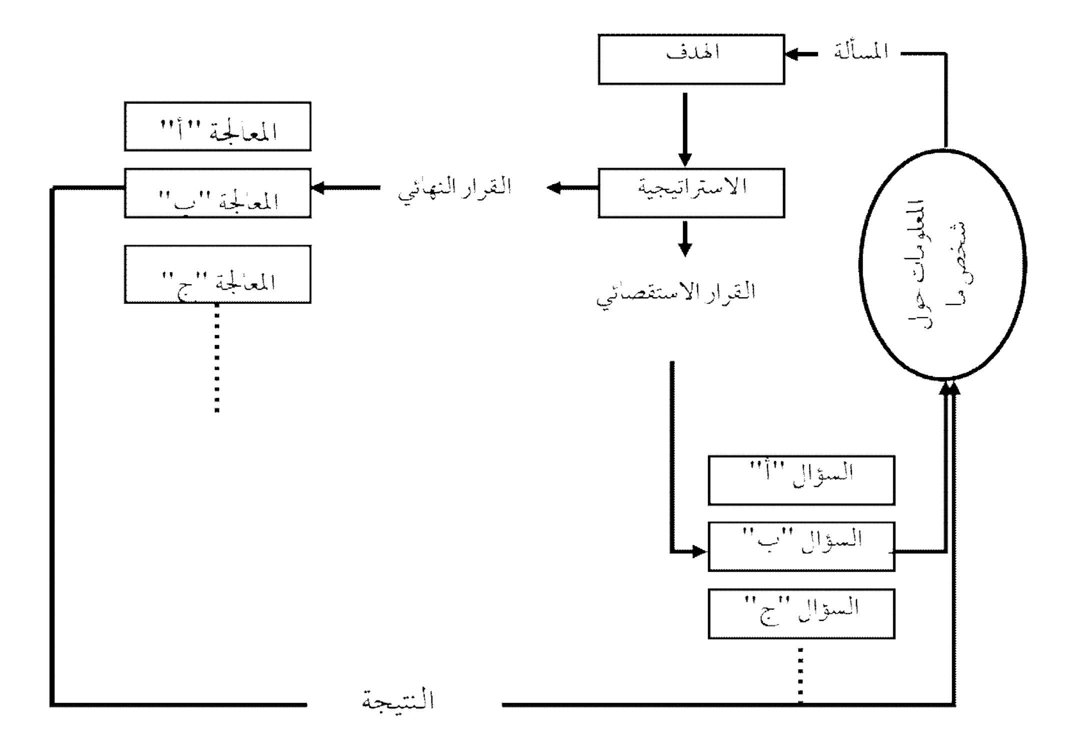
كما أنه من غير الممكن توجيه عملية التشخيص من دون الحصول على المعلومات التي تظهر باستمرار في العملية ومعالجتها تشخيصيا: فنموذج العملية التكرارية recursive هو أكثر واقعية من النموذج الخطي الذي يسير في مجرى وحيد صاف بدءا من التكليف وانتهاء بالختام. وبما أن المجريات ستكون عندئذ كل شيء عدا عن أن تكون تافهة، يعبر لارايتر (Laireiter, 2000) عن استغرابه من أن مظاهر العلمية قلما تجد الاهتمام في المراجع على سبيل المقارنة.

تبدأ العملية منذ أول اتصال، على الهاتف مع المريض تقريبا، أو من خلال المعلومات التي يحولها زميل آخر. وفي نماذج عملية التشخيص العامة يتم التأكيد على توضيح التكليف، بالشكل الذي تم وصفه فيه لدى آميلانغ وتسيلينسكي (Amelang & Zielinski,1997). وعلى الرغم من أن التشخيص العلاجي النفسي يقوم على أساس التكليف العلاجي النفسي من جهة المريض ويشترط وجود هذا التكليف مسبقا، إلا أنه في العادة ربما لابد من التفاوض على أساسه بشكل هادف أكثر مما هو معلن. فالمريض لا يمنح تكليفا تشخيصيا محددا بالدرجة الأولى وإنما تكليفا علاجيا. والمعالج النفسي يعرف ما الذي عليه تبيينه ليتمكن على أساسه من اتخاذ قرارات فاعلية انتقائية أو تكييفية (قارن أدناه).

وذلك إن الدافع والتكليف بالنسبة إلى التوضيحات المنفردة (تبيين إضافي نفسي عصبي للوضع على سبيل المثال) يكونا متضاربين (أيريد المريض أن يعرف بالفعل أم ربما أنه يفضل ألا يعرف على وجه الدقة؟)، فهو الاستثناء الذي يثبت القاعدة.

وفي هذا السياق يميز تاك (Tack, 1976) بين القرارات النهائية terminal والقرارات الاستقصائية) investigator: فالأولى هي الخطوة الأخيرة في الاستنتاج التشخيصي، في حين تساعد الثانية على تحديد الإجراء التشخيصي اللاحق في الطريق نحو القرار النهائي.

ويعرض الشكل (1) الأنواع المبنية على أساس بعضها للقرارات. وهنا يتعلق الأمر بنموذج تشخيصي عام، لكنه ملائم جدا للتشخيص النفسي الإكلينيكي.



الشكل (1): عرض تخطيطي لعملية اتخاذ القرار عن تاك (Tack, 1976, P.105)

وبشكل أكثر خصوصية بالنسبة إلى مجال العلاج النفسي صور باحثون مختلفون العملية التشخيصية على أنها عملية حل تكرارية للمشكلة recursive Problem absolving Process. كما أنه من المألوف في التشخيص النفسي الإكلينيكي استخدام تأثيرات التدخلات في التشخيص. وهنا يمكن أن يتعلق الأمر بملاحظة تأثيرات التدخلات المستحسنة[1] approbatory منفردة (مثل الاستجابات على تأويلات النقل في الجلسة الأولى) أو الحصول على المعلومات أيضا حول مرضى من "الممارسة المضبوطة" (قارن الفصل 13 من هذا الكتاب).

---

(1) المجازة أو المصرح بها أيضا.

2. السمات العامة لنماذج العملية التشخيصية

يمكن وصف نماذج العملية التشخيصية وفق أبعاد عدة. ولا تصف هذه الأبعاد العملية process فقط، وإنما لها في كل الأحوال آثار على هذه العملية أو على الكيفية التي يتم فيها تصميم Conceptualize ورؤية هذه العملية. أما الأبعاد المقترحة هنا فهي:

1- الأبعاد الوصفية/ التعليلية مقابل الأبعاد الافتراضية Descriptive\explanative vs. Prescriptive.

2- النماذج الإحصائية statistic (الاحتسابية actuarial) [1] مقابل الإكلينيكية،

3- الإحصائية مقابل رسم (استشفاف) العملية statistic vs. process tracing.

4- القرارات "الواسعة Great" أو المديدة مقابل التكوين التتابعي للافتراضات successive forming of premises.

5- البعد المعزول مقابل مشاركة عدة أشخاص.

6- المعيارية مقابل التفريد standardization vs. Individualization.

7- بعد العمليات المثالية مقابل بعد العمليات "الجيدة كفاية"، السيطرة مقابل المواجهة Optimal vs. "good enough"-Processes, mastery vs. coping.

8- العمليات المدعومة بالكمبيوتر مقابل غير المدعومة بالكمبيوتر.

9- النماذج ذات التصميم المحدود مقابل النماذج ذات التصميم الواسع .

10- تشخيص الحالة مقابل تشخيص التنبؤ.

---

(1) الإحصاءات الاكتوارية، أو إحصاءات التأمين على الحياة، أو الإحصاءات الاحتسابية.

وفيما يلي عرض للأبعاد المنفردة:

1- الأبعاد الوصفية التعليلية مقابل الأبعاد المفترضة

يفرق هذا التفريق المركزي بين نماذج العملية ذات المطالب والأهداف المختلفة مبدئيا وسوف نتعرض لها في الفقرات رقم 3 و4.

2- الإحصائية (الاحتسابية) مقابل الإكلينيكية

ويرجع هذا التمييز لميل (Meehl,1954): وهو يميز بالمعنى الواسع بين دمج البيانات بمساعدة المعادلات مقابل التوليف الحدسي المستند على الخبرة للسمات ذات الأهمية التشخيصية من قبل المشخص. وفي هذا السياق لا يعني "إكلينيكيا" المعنى "المرتبط بتشخيص وعلاج الاضطرابات"، وإنما يقارب بالمعنى الواسع معنى "الحدسي intuitive". حتى أن "بناء الحكم الإكلينيكي" بمعنى هذا التمييز التصنيفي حظي على أساس نتائج دراسات ذات تقاليد بحثية كاملة بصبغة connation "سيء" و"غير دقيق" بسبب عدم الالتزام في المواقف المدروسة بالمظاهر والقواعد، التي قد تكون ذات فائدة. ويعني "إحصائيا" بالمعنى الضيق بالفعل أنه يتم العمل من بين أمور أخرى بقيم عددية ناجمة عن دراسات إمبيريقية، وهو ما له عواقب واسعة أيضا سواء على نوع البيانات المستخدمة أم على العمليات الجارية (أي في الواقع: استخدام الأرقام والحسابات!). ويعني "احتسابي actuarial" بالمعنى الضيق، بحيث أنه يتم اتخاذ القرار على أساس الجداول الاحتمالية – كما هو الحال في إحصاءات التأمين (الإحصاء الاحتسابي) (Grab,2005).

ويشير التفوق المبرهن باستمرار للطرق الإحصائية (والذي سنناقشه بالتفصيل أدناه) إلى أنه لابد من التسليم بضرورة استخدام نماذج اتخاذ القرار الإحصائية المفترضة prescriptive بشكل عريض (واسع) أيضا. فلماذا لم تعد توجد هذه النماذج في الواقع الإكلينيكي؟ هل يعزى هذا لنفور الإكلينيكيين من التفكير المنهجي المنضبط؟ أم هل هي التكاليف الناجمة عن تجهيز المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار الإحصائي والتي لابد من أخذها أيضا بعين الاعتبار؟

وبوصفهما غير إكلينيكيين ومن ثم لا يشك بهما على أنهما يريدان تبرير ممارسة منتشرة، يناقش آميلانغ وتسيلينسكي (Amelang & Zielinski, 1997, P.347) بأن المجموعات الكبيرة القابلة للمقارنة ضرورية من أجل التمكن من العمل بشكل إحصائي بالفعل، ومن ثم فإن هذا لا يمكن أن يشكل طريقا سالكا بالنسبة إلى الأسئلة الفردية. لهذا السبب يتم الطلب وبشكل أقل اتساعا بالتصرف وفق قواعد صريحة لاتخاذ القرار، وهو أمر "على الرغم من أنه مازال لا يجعل من العملية أكثر صدقا valid ولكنه يجعلها قابلة للاختبار والتعديل من حيث المبدأ".

ومهما بدت هذه المساعدة الداعمة للعياديين والمعالجين النفسيين مرحبا بها، إلا أنه لابد من الاستنتاج أنه توجد نماذج إحصائية قابلة للتطبيق من الممكن لها أن تقود في الحالة الفردية إلى قرارات فاعلية (انتقائية) تفريقية. وعليه يتم في "العلاج النفسي المفترض prescriptive Psychotherapy" (Beutler & Wong,2006) اللجوء إلى قيم عددية من مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI على سبيل المثال (التي من الممكن أن تكون قابلة للاستبدال من خلال المتغيرات الأكثر انتشارا في المحيط الناطق بالألمانية)، ويتم على هذا الأساس إشراك المحكات البين شخصية أيضا التي تمتد لأبعد من تشخيص الاضطراب وكذلك محكات من نوع تمثيلات المشكلة Problem representation في قرارات الفاعلية.

وتعرض الفقرة الثالثة أدناه نقاشا لمستوى البحث في بؤرة الصراع بين قطبي "الإحصائية" و"الإكلينيكية".

3- الإحصائية (الصندوق الأسود black box) مقابل رسم (استشفاف) العملية statistic vs. process tracing

انبثق هذا التفريق من المنظور الوصفي/ التعليلي. وهو يرتبط بشكل صريح بالبعد "الإحصائي مقابل الإكلينيكي"، إلا أنه يؤكد على مظهر آخر: ففي مقاربة استشفاف العملية process tracing approach، كما يظهر الاسم يتعلق الأمر بملاحقة العمليات

الجارية، أي النظر في "الصندوق الأسود black box". وتجري بطريقة ما محاولة تسجيل العمليات الجارية واستيعابها: "لا يكفي ببساطة مجرد جمع المعلومات حول تفضيلات الإكلينيكيين لهذا أو ذاك التصرف. فنحن نحتاج لفهم العمليات النفسية التي يتم فيها الحكم على التصرفات وصنع القرارات.

"It's not enough to simply collect data about clinicians' preference for one act or another. We need to understand the psychological Processes by which actions are judged and choices are made" (Dowie & Elstein, 1988, P.43)

كما طالب كوتسيليكي(Kozielecke,1981) بما يشبه ذلك، بالنظر بشكل أكثر دقة لأصحاب القرار مع تمثل المعلومات لديهم.

ويرتبط التفريق بين "الصندوق الأسود" مقابل استشفاف العملية" مع التفريق بين البعد "الإحصائي مقابل الإكلينيكي" من حيث أن الاعتقاد بمناسبة النماذج الإحصائية يجعل من فحص وتوفير القواعد الشكلية والمفترضة كافيا بالنسبة "للصندوق الأسود"، من دون التدقيق بدقة أكبر بالعمليات النفسية الجارية "بالفعل". ولعل أهم زوج آخر متعاكس من الأبعاد هو البعد التجريبي مقابل الطبيعي. ويتعلق هذا البعد مع الأبعاد المذكورة قبلا، لأن ممثلي المبدأ الإحصائي يولون تقليديا الصدق الإكلينيكي وزنا أقل إلى حد ما من ممثلي المبدأ الإكلينيكي ولهذا غالبا ما يجرون تجارب يسهل فيها في العادة تحقيق درجة من الصدق الداخلي intern Validity أعلى من الصدق الخارجي extern Validity . إلا أنه يوجد أيضا ممثلون مشهورون لمبدأ استشفاف العملية Process tracing ، يسعون نحو تجارب عالية الدقة High Fidelity-Experiments ، وذلك من خلال استخدام الممثلين بدلا من المواد الكتابية كمنبهات "معيرة"، وبالفعل فإن لمثل هذه التجارب حسنات عندما يتعلق الأمر على سبيل المثال بفهم العمليات الجارية بصورة دقيقة وموثوقة.

وغالبا ما يتم في السياق الإكلينيكي تقويم كون النظر في العمليات الجارية في

"الصندوق الأسود" غير دقيق، بشكل سلبي. إلا أن الميزة الكبيرة تتمثل في أن التخلي عن التساؤل بدقة عما يحدث في الصندوق الأسود يمكن أن يكون مفيدا من أجل مقارنة منطقية للمدخل والمخرج من دون لت وعجن، وهذه الحصافة يمكن أن تكون في صالح تمهين العلاج النفسي والتشخيص القائم على العلاج.

وتعد دراسات استشفاف العملية مكلفة من حيث المبدأ. فهي تطالب بتحقيق الصدق الإكلينيكي الخارجي وعليها أيضا أن تطرح هذا المطلب. فهي ليست مناسبة في بيئة البحث المستفيد من الصدق الداخلي، إلا أنها تمتلك ميزة كامنة على الأقل للاستغلال العملي الأوسع لأنها يمكن تنفيذها من الإكلينيكيين بشكل أكثر مباشرة. ومثال ذلك هو الدراسات الطبيعية المكلفة جدا حول ترميم عمليات توليد الفرضيات في الجلسات العلاجية النفسية الأولى من خلال كاسبار(Caspar,1995,1997) التي ستتم الإشارة إلى نتائجها في مكان لاحق.

4- القرارات "الواسعة أو المديدة" مقابل التكوين التتابعي للفرضيات

تذهب كثير من نظريات القرار، أي النظريات الرائجة للقيمة المتوقعة (س) (تولمان،1939،1959 على سبيل المثال) من أنه يمكن التمييز في وقت محدد بين بدائل متعددة قابلة للتفريق بوضوح. فإذا ما كان الحديث هنا عموما حول العملية فإن الأمر يتعلق بالمعالجة التتابعية للأسس (الحصول على المعلومات) بالنسبة إلى لحظة القرار (أو بالنسبة إلى المساحة المقيدة زمنيا) بالمعنى الحرفي أو في كل الأحوال بالنسبة إلى العمل اللاحق للاختبار وتأكيد قرار ما. وكل شيء يتم النظر فيه من خلال "القرار الواسع". والقطب المقابل على هذا البعد هو البحث التدريجي أو حتى بناء الفرضيات premise الحاصل من دون جهود منهجية، أو حتى بناء فرضيات منظمة ذاتيا، تحدد عملية التدخل، من دون اتخاذ قرارات واضحة بين بدائل "واسعة". ومن الواضح أن نماذج العملية بالنسبة إلى فهم هذا الحصول التدريجي للقرارات أكثر أهمية مما هو الحال بالنسبة "للقرارات الواسعة". وكذلك على ما يبدو فأن تشخيص العملية، أي التعقب

الدقيق للعمليات العلاجية أو تقويم المجرى ينبه إلى مفهوم تتابعي لأن بيانات العملية في العادة تنشأ تتابعيا في مجرى العلاجات ويتم استخدامها فيها أيضا.

"القرارات الواسعة" هي قرارات (بغض النظر عن السؤال إن كانت هي نفسها قائمة أيضا على تجميع تدريجي للافتراضات[1] المنطقية Aggregation of premise) مطلوبة، خاصة عندما لابد من الاختيار بين بدائل واضحة. وهذا في سياق العلاج النفسي (بغض النظر عن التقرير المتضمن طروحات واضحة من "إما - أو"، غير المألوفة في العلاج النفسي) خاصة في اتخاذ قرارات الفاعلية الانتقائية[2] من بين أمور أخرى (أي العلاج الترقيدي مقابل العلاج الخارجي، العلاج بالأدوية أم من دون أدوية على سبيل المثال). وهنا يشترط أن تتوفر بدائل قابلة للتمييز بينها بوضوح، أي أن يذهب المعالج نفسه طرقا مختلفة جدا حسب التشخيص أو كذلك لا يقبل مريض ما لمتابعة العلاج أو لا يحوله لعلاج عند زميل آخر. إن اتخاذ القرار بالعلاج من عدمه هو أمر نادر من حيث المبدأ، وهو لا يحصل إلا في السجون عندما لا يبدو إلا نوع واحد من العلاج مفيدا، أو عندما لا يتوفر غيره أصلا، وعندما يتعلق الأمر بمسألة قابلية المحكومين للعلاج. فإذا ما توفرت بدائل قابلة للتفريق مسبقا، عندئذ يلعب التوجه العلاجي دورا: تتوفر في العلاج السلوكي عدد من الطرق العلاجية المحددة عن بعضها بوضوح والنموذجية والموصوفة بدقة في أدلة، والتي يمكن إجرائها بشكل معياري (على الأقل وفق كتاب تعليمي؛ قارن كاسبار،1999). وعندئذ يتعلق الأمر بالقرارات الانتقائية، باستخدام طريقة ما أو عدم استخدامها. ومن الناحية النسبية فإن الفاعلية التكييفية ومن ثم العمليات المستمرة أكثر أهمية بالنسبة إلى الأساليب السيكودينامية من العلاج السلوكي العامل بالطرق المعيارية.

---

(1) المقدمات المنطقية.

(2) الدلائل الانتقائية selective indication decision.

5- المشاركة المنعزلة مقابل مشاركة عدد من الأشخاص

غالبا ما يشخص المعالجون النفسيون من دون مشاركة أساسية لأشخاص آخرين، إذا استثنينا المريض كمصدر للمعلومات. ولا يعزى سبب ذلك إلى أسباب اقتصادية وحدها (قارن أدناه). فعندما تتسم العملية بمشاركة أشخاص آخرين فإن هذه العملية يمكن أن تبدو مختلفة:

- المريض "كمصدر للمعلومات" (ولا يقصد بهذا المفهوم أي نظرة تقويمية: توصيل المعلومات المضمونية اللفظية وملاحظة مظاهر السلوك غير اللفظية والعملية): فهذا الموقف هو كلاني، إذ يتنوع نوع المعلومات المكتسبة وشدة الاستفادة من مصدر المعلومات هذا. فإذا ما كان على المريض أن يقدم المعلومات التي لا يستطيع استدعائها بشكل مقصود، والتي لهذا السبب ينبغي علاجها في العلاج، فيمكن الحصول على المعلومات (بالترافق مع الاشتغال بمواضيع محددة لأسباب علاجية بالمعنى الدقيق) أن يحدد على الأقل لبعض الوقت جزءا كبيرا من الحدث في العلاج. وحتى لو تم تكليف المريض بتسجيل المعلومات القابلة للملاحظة بين الجلسات ، فإنه يمكن لتحضير وتقويم هذه المهمة أن يحدد العملية العلاجية بشدة. وفي العلاج الزواجي والأسري لابد من نقل كل هذا تقريبا على موقف – الأشخاص المتعددين، ولابد من ملاحظة الإمكانات الخاصة للملاحظة المباشرة في التفاعل بين أفراد المنظومة.
- المريض كشريك في العملية التشخيصية: والمقصود بهذا من دون تحديد دقيق عما قيل أعلاه، أنه يتم منح مشاركة المريض وزنا خاصا، وإلى ذلك ينتمي:
  1- أن يولى لصدق المعلومات أو فرضيات العلاج من خلال المريض وزنا خاصا.
  2- أن يتم منح المريض دورا خاصا في العملية التشخيصية من أجل تحفيز الالتزام.
  3- أن يتم إعطاء المريض معلومات تشخيصية لأغراض نفسية توعوية (تربوية) أو علاجية نفسية. (بيانات التغذية الفيزيونفسية الراجعة من أجل منح الاتجاه بأنه يمكن التأثير حتى بالمؤشرات المستقلة على سبيل المثال).

ففي قياس تحقيق الهدف Goal Attainment Scaling (قارن الفصل الرابع عشر من هذا الكتاب) فإنه لا يمكن الاستغناء عن المريض كشريك في العملية التشخيصية. العامل المهم هنا أنه لابد أن يشعر المريض أنه إنسان كامل وأنه مفهوم في أهدافه وقيمه (على عكس تشخيص الاضطراب الفئوي المقيد)، الأمر الذي يرتبط ببعض التكاليف التشخيصية.

فإذا ما تم النظر للقرار حول العلاج الذي ينبغي اختياره كجزء من العملية التشخيصية يكون المريض في كل الأحول مشاركا بشكل مكثف، إذ أنه قلما يمكن تصور اتخاذ قرار حول المريض لأسباب دافعية وقانونية وأخلاقية لوحدها. والمهم في هذا السياق أيضا ما يناقش في الطب حول مشاركة المريض بالقرارات:

"Some have argued that shared decision making is best suited to decisions in which no single best alternative can be identified and physicians are in state of equipoise (Elwyn, Edwards, Kinnersley & Grol,2000:Woolf,1997). Such decisions have also been termed 'preference sensitive' (Whitney, 2003) (Kaplan & Frosch, P. 538).

"جادل البعض بأن الاتخاذ المشترك للقرار أفضل بالنسبة إلى القرارات التي لا يمكن فيها تحديد بديل أفضل وحيد والأطباء في حالة تكافؤ. ولمثل هذه القرارات صفة "حساسية التفضيل".

والمقصود هنا بالتفضيلات تفضيلات المرضى. وفي العلاج النفسي غالبا ما تكون مثل هذه المواقف ذات البدائل المتعددة متوفرة، حتى عندما لا يعترف المعالجون بذلك دائما بسبب الانحياز المرتبط بالانتماء المدرسي. إلا أنه إذا ما كان ينبغي للمرضى أن يكونوا مشاركين في القرارات فإنه من ضمن العملية التشخيصية أن يتم جعلهم على ألفة بالشروط التشخيصية بالنسبة إلى المشاركة بالقرارات. ويحدث هذا في العادة بشكل تتابعي في مرحلة مبكرة عند البلورة المشتركة للمعلومات الكمية في الجلسة وعند مناقشة أجزاء مفهوم الحالة Case Conception بما في ذلك التشخيص بالمعنى الضيق مع المريض وفي عرض تقييمات الاختبارات المنفردة أو تقييم مجموعة كاملة من الاستبيانات.

أما تفضيل المريض نفسه المتمثل ("على العلاج أن يستمر لفترة قصيرة قدر الإمكان"، "أريد أن أعرف بالضبط كيف نشأت المشكلة"، "أريد الآن أن أعرف بالضبط، ما الذي علي فعله"... الخ)، فإنها تعد من ضمن التشخيص بالمعنى الواسع (على سبيل المثال مقدار "التدبر النفسي Psychological Mindedness ، مرحلة تنمية الدافعية حسب بروكاسكا ونوركروس ودي كليمنت Prochaska, Norcross & Di Clement, 1994) إلا أنها يمكن أن تحدد أيضا سير العملية التشخيصية (أي على سبيل المثال مدى سرعة اشتغال المرء بشروط تنفيذ تمارين المواجهة exposition trainings مقابل التفاصيل من طفولة المريض).

- **دمج الأطر المرجعية**: من المنظور التشخيصي يتم إعطاء الأطر المرجعية أهمية كبيرة أيضا وذلك حسب المبدأ العلاجي: ففي العلاج السلوكي وفي العلاج البين شخصي، وبالطبع في العلاج المنظومي بشكل خاص. فالمنظور المنظومي الذي يمكن إجراءه أيضا في علاج الشخص الواحد one-person-therapy يقترح دعوة شخص قريب على الأقل إلى جلسات متفرقة، على سبيل المثال لجلسة ثانية بعد الجلسة الأولى. والأمر يستحق في أغلب الحالات حسب خبراتنا. فغالبا ما تبدو المواضيع من منظور شخص مشارك بصورة مختلفة، ويمكن ملاحظة تفاعلات المريض وهذا الشخص بشكل مباشر، وإذا ما لم تضاف إلى ذلك معلومات جديدة، فإنه في كل الأحوال يكون قد تم إثبات ما عرضه المريض (قارن الفصل التاسع من هذا الكتاب).
- **إشراك خبراء آخرين**: الحال الأكثر انتشارا هو أن يسهم الزملاء المحولين في تقديم معلومات تشخيصية سواء قبل التشخيص أو بالمشاركة فيه. كما أنه يمكن وبشكل خاص في الفرق متعددة التخصصات أو عندما يقدم للمرضى عرضا علاجيا متنوعا (وهو المألوف بشكل خاص في العلاج المركزي) أو في التبديل المستمر أو على فترات للممرضين أن يتم تقديم معلومات إضافية.

ويختلف نوع المعلومات المجموعة من خلال المصادر الرسمية المختلفة بصورة

نمطية. فالزملاء ذوي الخلفية الطبية يقدمون معرفة جسدية، ويمكن للممرضين من خلال معايشتهم للمريض لأيام وأسابيع أن يعطوا في الغالب معلومات حول موارد المريض. كما يمكن طلب إجراء واستخدام توضيحات تشخيصية أكثر خصوصية بشكل هادف، كالاختبارات النفسية العصبية أو فحص في مختبر النوم.

كما يشكل الإشراف التدريبي Supervision والإشراف الداخلي Inter vision شكلا آخر من إشراك الخبراء الإضافيين، حتى لأغراض تشخيصية (استكمال واختبار مفهوم الحالة Case Conception . ويمكن أن ينشأ شكل خاص ومطرد الاستكمال من إشراك الخبراء من خلال استخدام وسائل تقنية من التواصل باطراد، من أجل تحقيق تفهم مشترك للحالة بهذه الطريقة على سبيل المثال في إطار مؤتمرات الانترنت أو بمساعدة مؤتمرات الفيديو Video-Conferencing .

- **ضمان الجودة الخارجي**: يعد استخدام المحكمين بالنسبة إلى الطلبات المقدمة من أجل تمويل تكاليف العلاج النفسي من خلال صناديق الضمان الصحي شكلا من إشراك أشخاص آخرين لأسباب ضمان الجودة مستخدما في ألمانيا منذ أمد بعيد. ويحدد نوع وحجم الإشراك للأشخاص الآخرين العملية التشخيصية بدرجة كبيرة.

6- البعد المعياري مقابل البعد التفريدي

يعد المقدار الذي يتم فيه التطرق علاجيا، وبالنتيجة أيضا تشخيصيا بصورة معيارية مقابل التفريدية واحدا من أهم العوامل في العملية التشخيصية. ويمكن أن يتنوع نوع وسعة برنامج معياري ما أو مقدار التمسك الدقيق به مقابل التلاؤم مع المريض بشكل كبير. والإجراء الأكثر شيوعا والإجباري في الواقع في الإجراء المعياري، نتيجة للعدد المقيد للمعلومات التشخيصية (في الأغلب المتمحور حول الاضطراب) هو القيام بإجراء فاعلية انتقائية selective Indication والاقتصار بعدئذ في

التنفيذ على حد أدنى minimum منها. ويمكن لكل ملائمة طيبة النية وفق منطق "المعالجات المدعومة إمبيريقيا" أن تجعل من احتمالات النجاح أكثر سوءا. وحسب هذا المنطق يتضمن التباين الناجم عن الملائمة الفردية في المجرى اللاحق، دائما خطر ازدياد نجاح العلاج سوءا.

أما التأثير على العملية التشخيصية فيتمثل في أنه يلقى على البداية وصولا إلى اتخاذ قرار الفاعلية الانتقائي وزنا خاصا. وتصبح المعلومات اللاحقة ذات أهمية بشكل خاص عندما تقدم سببا للتصحيح الجذري (اتخاذ القرار لطريقة معيارية أخرى على سبيل المثال). وعلى العكس من ذلك فإنه على الرغم من أنه في الإجراء التفريدي يتم في العادة في البداية اتخاذ بعض القرارات الأساسية وخلق الأسس التشخيصية اللازمة لذلك، إلا أنه يظل للتشخيص التكييفي ومن ثم للعملية التشخيصية اللاحقة والمستمرة وزنا أعلى.

7- بعد العمليات المثالية مقابل بعد العمليات "الجيدة كفاية"، الإتقان مقابل المواجهة[1]

يستند هذا البعد على مستويات تقويم العمليات التشخيصية standards of Evaluation diagnostically Processes . فسواء في المعالجة الوصفية/ التعليلية أم في الافتراضية للعمليات التشخيصية يمكن أن تكون هذه المستويات مختلفة جدا. وغالبا ما يتعلق هذا، وإن كان ليس بالضرورة، مع البعد الإحصائي مقابل استشفاف العملية[2]: فمؤيدو النماذج الاصطلاحية (الرسمية) Formal Models يميلون للنظر للممارسة الراهنة على أنها أقرب للسيئة، وأنها بحاجة أساسا للتحسين. أما أتباع مقاربة استشفاف العملية Process Tracing approaches فهم بشكل عام أكثر قبولا بمعنى، "أن

(1) Mastery vs. Coping.

(2) Process tracing.

أفضل الخبراء يحققون بالتحديد أعلى مستوى ممكن (سخروا الموارد والسياقات الأخرى في ممارستهم). لذلك فإن السؤال هو إيصال أولئك الذين لا يحققون حاليا "أفضل ممارسة" والحكم واتخاذ القرار إلى هذا المستوى"

"The best experts are by definition performing at the highest possible level (given the resources and other contexts of their practice), so it is only a question of bringing those who are not currently exhibiting, 'best practice' judgment and decision making up to this ;level" (Dowie & Elstein, 1988, P. 3f.).

أما ما هي العناصر المرغوبة والمطلوبة، المقبولة أو الأقرب للمرفوضة فإن الأمر يتعلق بشدة بالاتجاه فيما يتعلق ببعد الإتقان مقابل جيد كفاية. ويمثل التعامل مع العمليات الحدسية من جانب المشخص مثالا جيدا لهذا: فبالنسبة إلى ممثلي المبدأ الإحصائي فإن هذا يشكل "تهديدا" كبيرا. والهدف المعلن هو استبدال المنطق بالحدس. وبالمقابل فمن يتبنى الاتجاه الذي يسترشد بالممارسة الفعلية مع كل مطالبها وتقييداتها فسوف يكون أقرب للقبول بأن الممارس لا يستطيع البقاء يوما واحدا من دون الاستخدام الواسع للعمليات الحدسية.

واستنادا إلى المنظور الافتراضي prescriptive يطرح بالفعل السؤال نفسه، فيما إذا كان مبدأ "المواجهة" متفوقا على مبدأ "الإتقان"، أي يقود لنتيجة أفضل. وهذا السؤال لا يمكن الإجابة عنه إمبيريقيا في الوقت الراهن. فالانطلاق من مبدأ "المواجهة" يعني على سبيل المثال الاعتراف بأن يتم ارتكاب أخطاء محتومة ومن خلال ذلك يفتح الطريق للانشغال بشكل متزايد ومقصود بالكيفية التي يمكن التعرف فيها على الأخطاء وتصحيحها وتعويضها. ويعني اتخاذ موقف تقبلي تجاه "جيد كفاية" يعني أيضا الاعتراف بأن الأطر المحيطية تلعب دورا مهما في الممارسة. وحتى مع أفضل الجهود يمكنها أن تعيق سريان العمليات بالنسبة إلى كل مريض فرد بشكل مثالي. وتمثل محدودية الموارد المؤقتة (قارن أدناه التكاليف) شرطا مركزيا من شروط الإطار (الشروط المحيطة). ومن البديهي هنا أن تكون المطالب، عندما لا يمكن تصحيح

القرارات بسهولة (عند رفض العلاج الذي لا يوجد له أي بديل واقعي)، أعلى مما هو الأمر في عمليات الفاعلية التكييفية adaptive Indication Processes مع كثير من إمكانات التعديل.

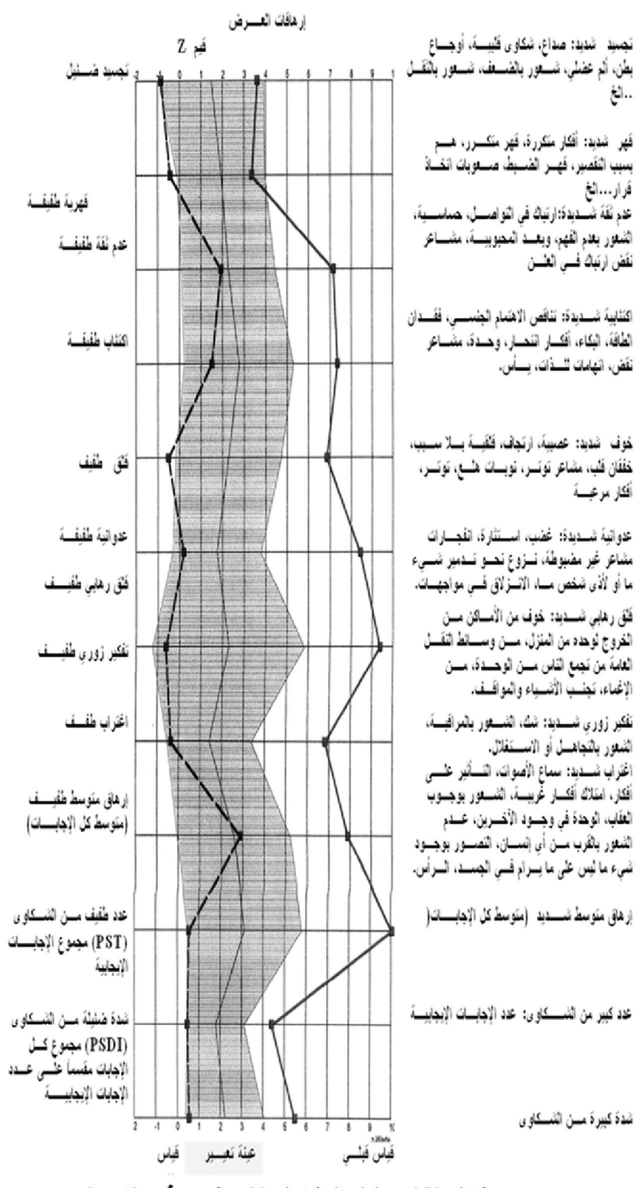
8- العمليات المدعومة بالكمبيوتر مقابل غير المدعومة بالكمبيوتر

يمكن للعمليات التشخيصية أن تكون حتى في العلاج النفسي مدعومة بالكمبيوتر بمقادير مختلفة وبطرق مختلفة. والحالة القصوى هي الغياب الكامل للكمبيوتر مقابل العلاج الموجه بالكمبيوتر، الذي يتضمن إجراءات تشخيصية والموجود بالنسبة إلى الاضطرابات النفسية المختلفة. ناهيك عن وجود إمكانية أن يتم العلاج بشكل تقليدي، والتشخيص بالكمبيوتر معا. وميزة ذلك أنه يتم تعديل الأسئلة التالية باستمرار بناء على الإجابة عن الأسئلة السابقة، الأمر الذي يمكن من خلاله الحصول على معلومات أكثر بكثير بالجهد نفسه (من خلال الترك المقصود للأسئلة غير الغنية بالمعلومات المفيدة فرديا).

كما يمكن استخدام الكمبيوتر من أجل اتخاذ القرارات التشخيصية من دون مشاركة الخبراء البشريين وفق القواعد الرياضية نفسها باستمرار. ولعل من أشهر الأشكال الشائعة هو أن العلاج التقليدي يدخل بيانات المريض (وأحيانا المعالج أيضا) (وعن طريق الانترنت أيضا) مباشرة للكمبيوتر حيث يقوم الكمبيوتر بحساب النتائج أو أن يتم تقييم الاستبيانات المعبأة تقليديا بطريقة خاصة. وعليه يقوم نظام لامبيرت ووايبل وهاوكنز(2003) Lambert, Whipple & Hawkins أن يقوم المريض بإدخال وضعه المرضي النفسي قبل الجلسة فيكون التقويم أمام المعالج في الجلسة ويستطيع استخدامه. وعلى الرغم من أن برنامج تحليل التشكيل Figuration analyze program لغراوة Grawe & Baltensperger,1998 (قارن الشكل 2) لا يقوم بالإدخال المباشر بالكمبيوتر لأسباب قانونية (حماية الملكية للاختبارات المستخدمة)، إلا أن التقييم الخاص الذي يتم فيه عرض قيم فرد ما على خلفية جماعة مرجعية ملموسة، يعطي

المعالج تجهيزا واضحا جدا للنتائج. وهذا يحدث بالفعل فرقا ضخما، بالنسبة إلى المقدار الذي يتم فيه بالفعل استغلال النتائج التشخيصية في عملية الفاعلية (الدلائل) وفي ضبط المجرى.

وما زال استخدام الحواسب في نموذج العملية لأغراض قائمة على العلاج قليلا، على الرغم من إمكانية تأثيره الكبيرة على العملية التشخيصية والعلاجية (كالمراجعة المستمرة للنتائج التشخيصية الراهنة مع المريض على سبيل المثال). وتقف التكاليف التي تتناقص باطراد بالنسبة إلى الشراء والصيانة وكذلك التبعية والثقة بعمل التقنية حجر عثرة في طريق الانتشار الواسع للتشخيص القائم على الكمبيوتر.



شكل (2) تحليل التشكيل (التوضيح في النص)

9- النماذج ذات التصميم المحدود مقابل النماذج ذات التصميم الواسع

يمثل مبدأ تعددية الأشكال Multimodality حسب زايدنشتكر وباومان Seidenstuecker & Baumann (1987) مبدأ معترفا به إلى مدى واسع: ويفترض هذا النموذج قياس أشكال مختلفة (الاستعرافات، الانفعالات، السلوك، البيولوجيا) ورؤى (المريض، المعالج، الأطر المرجعية). ولهذا الغرض توجد أيضا قوائم مستويات standard lists للتشخيصات التي ينبغي استخدامها. إلا أنها لا تمثل وسيلة مرغوبة جدا بالنسبة إلى الممارسة العملية بسبب التكاليف العالية وتحفظات المعالجين النفسيين، فيما يتعلق على سبيل المثال بجعل المريض يجيب عن استبيانات حول نوعية العلاقة. أما كيف يمكن جعل هذا المبدأ قريبا من الواقعية، فإن الأمر يتعلق من بين أمور أخرى بالفاعلية ومن ثم بالتكاليف الملائمة للإجراء، وبتقبل أدوات القياس. وعليه فقد أدخل المؤلف مفهوم "المكافئ الوظيفي Functional Equivalent"، الذي يفترض طبقه للمعالجين النفسيين ذوي التوجهات المختلفة استخدام أفضل الأدوات النوعية والأكثر ملائمة في كل مرة من منظور مبدأهم بالنسبة إلى وظيفة معينة (على سبيل المثال الأعراض، وجهة نظر المريض؛ السلوك، وجهة نظر المعالج). ويشير لايرايتر (Lairater, 2001) على حق إلى الفروق الكبيرة القائمة بين سياق بحثي وعملي. وتشير مساهمات ممارسين ملتزمين (Seipel & Klofat, 2004: Palm ,2003) أن التشخيص الواسع ممكن أيضا في الممارسة العملية إلى حد ما.

كما تتعلق سعة القياسات المستخدمة بوضوح بالنموذج العلاجي الكامن خلفه. فهل توجه العلاج هو توجه قائم على الاضطراب ومن ثم فسوف يؤكد على التشخيص بمعنى الدي أس أم والآي سي دي DSM & ICD/ICD؟ هل يقوم التوجه العلاجي على نماذج أوسع، تهتم بنمو الشخصية بالمعنى الواسع؟ هل هناك اتفاق على أن الأعراض المصنفة يمكن أن تلعب دورا قويا، ولكن ليس بالضرورة؟. هل القياس المعياري هو الأساس ومن حيث المبدأ كل معلومة حتى النوعية منها، يمكن أن تكون مهمة بالنسبة إلى مفهوم الحالة الموسع؟ هل يتضمن التصور (المفهوم) في مجرى العلاج

الاهتمام بتفاصيل العمليات العلاجية النفسية إلى جانب الحالة؟. توضح مثل هذه الأسئلة بأنه ليس المضمون فقط، وإنما عملية التشخيص القائم على العلاج يمكن أن تكون مرتبطة بشدة بسعة الاهتمام التشخيصي.

10- تشخيص الحالة مقابل التشخيص التنبئي

يمكن لأهداف العلاج أن تختلف (قارن الفصل الأول من هذا الكتاب): فهل يتعلق الأمر باستخلاص الحالة (الوضع Status)، أي بالتمكن من تحديد التعديلات في مجرى العلاج؟ أم أن الأمر يتعلق بالتنبؤ الدقيق الممكن لمجرى العلاج ونجاحه؟ فإذا كان هذا هو الحال الأخير فلا بد من القياس المنهجي لكل المتغيرات المرتبطة بشكل أقوى بنجاح العلاج ولابد من أن يتم قياسها مرارا، ذلك أن التنبؤات يمكن أن تصبح مع تقدم العلاج أكثر دقة. وعليه تحدد السمات البين شخصية وتشخيصات الشخصية وسمات نوعية العلاقة المدركة من المريض نتيجة العلاج بدرجة أكبر بكثير مما تتم مراعاته اليوم في الغالب. وهذا مهم من حيث أنه أيضا في سياق تحكيمات البرامج العلاجية يلعب تقييم الشروط المختلفة لنجاح العلاج المنتظر دورا. كما يفترض للعملية التشخيصية في الممارسة العملية أن تتحدد بشكل أقوى من خلال الآثار الظاهرة أو حتى التي لم تظهر للعلاج، والتي تتيح تقدير المجرى وبشكل خاص من خلال المريض... الخ تنبؤا مطرد الدقة. وتظهر مجموعة كبيرة من الدراسات أن الاستخدام الجاري لبيانات المجرى وبشكل خاص في العلاجات الصعبة يمكن أن يؤثر على نتائج العلاج بالمقدار نفسه الذي يتجلى في شدة التأثير الناجم عن استخدام التقنيات العلاجية.

لقد قمنا هنا برسم بعض المسائل والسمات الأساسية للتشخيص في العلاج النفسي، والني تؤثر على العملية التشخيصية بشدة. وهنا تم الاستناد مرارا على الاشتغال المعمق بالمواضيع والتي لا يمكن معالجتها في سطور قليلة بسبب أهميتها والمعرفة المتوفرة. وسوف نتطرق فيما يلي من الحديث إلى بعض هذه المواضيع. كما تمت الإشارة إلى وجود إمكانية لأقطاب أخرى كثيرة (قارن الفصل الأول).

3. النماذج الوصفية والتعليلية (التفسيرية)[1]

3.1 عـام

تدعي هذه النماذج بإعادة بناء التشخيص الفعلي. وهنا غالبا ما تكون المعابر بين الوصف والتفسير مطاطة. لهذا قمنا هنا بمعالجة النماذج الوصفية والتعليلية معا. وهنا ومن حيث المبدأ فإن كل الدراسات حول مجرى وأخطاء التشخيص الإكلينيكي مهمة، مع العلم أن هذه الأهمية تتناقص مع الابتعاد المطرد عن التشخيص العلاجي النفسي. وبما أن وضع المعرفة الإمبيريقية فيما يتعلق بالتشخيص القائم على العلاج بالمعنى الضيق غير مكتمل إلى حد كبير، فسوف يتم الاعتماد على مراجع أبعد إلى حد ما، بمقدار ما تبدو أنها من الممكن أن تكون مهمة بالنسبة إلى مجال العلاج النفسي.

وبطبيعة الحال فإن الأمر يتعلق بدرجة كبيرة هنا بشروط جهاز تمثل المعلومات الإنساني بالنسبة إلى الأعمال أو التشخيصية اللازمة أو للأخطاء التي تعزى إلى أن هذه الشروط، وكذلك أيضا شروط الوظيفة والموقف الأوسع كذلك، غير مثالية. وفي علم النفس فإن الانشغال بالأخطاء أمر مفضل منذ القديم، لأنها يمكنها ببساطة، تشكك بأحقية وجوده بالمقارنة مع أن تشكك بوجوده مقارنة بمقاربة "ساذجة naiveté". وبما أن أهمية الأخطاء في مجال الحكم الإكلينيكي المحترف واضحة بشكل مباشر، ومن ناحية أخرى لأن الإكلينيكيين الذين يرتكبونها ولا يستطيعون تحسينها إلا بصورة محدودة، عليهم أن يعملوا يوميا ، فإنه من المفهوم أن تشتعل بين الحين والآخر نقاشات حادة حول الحكم الإكلينيكي. وسوف نتطرق لهذا الأمر بعد عرض وضع النتائج مرة أخرى.

---

(1) Descriptive and Explanative (Explicative) Models.

3.2 دراسات حول الحكم الإكلينيكي

تعد دراسة الحكم الإكلينيكي موضوع فرع من فروع البحث التقليدي الواسعة. وكثير من الإلهام انطلق من المراجعة التي قام بها مييل (Meel,1954) حول التنبؤ الإكلينيكي مقابل التنبؤ الإحصائي. ووجد ساوير Sawyer في عام 1966 أربعين دراسة حول هذا الموضوع. تبعت ذلك كثير من المراجعات الأخرى وكذلك الانتقادات.

وفي غالبية هذه الدراسات تم تقويم نوعية الحكم الإكلينيكي بصورة شكاكة. "من المعروف أن الدراسات حول تشكيل الحكم الإكلينيكي قد أظهرت في السنوات الثلاثين الأخيرة مشكلات في نقص الصدق والثبات في الإحكام الإكلينيكية المستخلصة حدسيا"(Strum,1986, S. 196).

وبالفعل توجد في المواد والمسائل الإكلينيكية إمكانات كبيرة للخطأ. ومن الأخطاء المميزة التي وجدت تجاهل النسبة الأساسية Basic Rate (أي على سبيل المثال أن السمة التي يمكن أن تظهر في الرهاب الاجتماعي والفصام هي أقرب لأن تشير إلى القلق الاجتماعي وذلك لمجرد أن الرهاب الاجتماعي أكثر انتشارا من الفصام)، وإعطاء وزن غير ملائم للمؤشرات وعدم مراعاة الانحدار نحو الوسط والقياس غير الملائم للتباين المشترك. ووجد حدس مهني Heuristic غير مناسب، وتمثيلات Representatively (على حساب تكرارات العشوائية؛ إذ ينظر بشكل أحادي، فيما إذا كانت سمة ما تنتمي لصورة الاضطراب، من دون مراعاة فيما إذا كان من المحتمل أن يكون هذا الاضطراب موجودا بالفعل من حيث تكراره)، أو التوفر (وجود availability) مع إعطاء وزن نمطي مبالغ به للبيانات الحية. ويمثل هذا الأخير موضوعا حيا وذلك عندما يولي العياديون اهتماما لخبراتهم الذاتية المجسمة بكل إمكانات الخطأ الملازمة أكثر من اهتمامهم بالنتائج المجردة للدراسات الإمبيريقية الموثوقة. وبالطبع أيضا فإن الشك تجاه هذه محق، ولكن حتى اليوم وبعد أن عرفت تأثيرات الوجود availability-Effects فإنه قلما تتم مراعاتها من الإكلينيكيين، عندما

يتعلق الأمر بمواجهة الأحكام الخاصة بشكل معقول. فالأخطاء قلما يمكن تصحيحها في الممارسة العملية بسبب غياب التغذية الراجعة.

كل اختيار من الكم الهائل من الدراسات حول الحكم الإكلينيكي هو اختيار عشوائي، إلا أن هذا ليس سببا في عدم توضيح هذا الفرع من البحث. وعمليات الحكم الإكلينيكي، التي تتضمن التشخيص، هي الأفضل بحثا في الطب لأسباب كثيرة. إذ توجد مجلة وجمعية علمية ومؤتمرات حول "عمليات اتخاذ القرار الطبي Medical Decision Making". وكلما اقترب المرء أكثر من العلاج النفسي بالمعنى الضيق ومن ثم بالعمليات المرتبطة به تشخيصيا، أصبحت المراجع أقل. وحسب المسألة والمحتوى يمكن في التأسيس الإمبيريقي للاستنتاجات reasoning الاعتماد على نتائج مختلفة الدرجات من القابلية للتعميم.

فقد وجد إيلشتاين وآخرون Elstein et al. (1978) بأن الأطباء يبنون فرضيات في أوقات مبكرة جدا وأنه يمكن اختبار فرضيات أكثر من خلال التنظيم المبكر، أكثر مما تتسع لها مساحة العمل في الوقت نفسه. وغالبا ما يوجد تطور من العام إلى الخاص، إلا أنه يحصل أيضا في بعض الأحيان بناء مبكر لفرضيات خاصة. كما أن البحث اللاحق موجه بالفرضيات، والفرضيات المبكرة يتم تعديلها فيه. والاتساق البين فردي حول المهمات المختلفة ضئيل جدا. ويقال أنه لا يمكن التمييز بين العياديين الجيدين إلا في متغيرات منفردة": فهم يستقصون معلومات أكثر عمقا إلى أن يصلوا إلى الفرضية الأولى ويفسرون بشكل أكثر صوابا. وكانت المبالغة في التفسير بشكل عام هي الأكثر تكرارا. وغالبا ما تنشأ الفرضيات في التداعيات البسيطة، من دون تعقيدات مركبة.

كما وجد إيلشتاين وزملاءه أنه يتم تذكر ما يؤكد الفرضيات بشكل أفضل، ويتم منحها وزنا أكبر والبحث عنها بفاعلية أكبر من الدلائل التي تشكك في الفرضية. ووجد هان (Hahn,1992) في دراسات مختلفة أن الخطوط الفاصلة يتم طرحها بشكل مبكر في العملية.

وحسب جوزيف وباتيل (Joseph & Patel,1990) فإن الأطباء الذين يمتلكون معرفة خاصة بالمجال أقرب للذهاب أعمق بشكل مؤكد للفرضية وتشذيبي، في حين أولئك من دون مثل هذه المعرفة بحثوا في التجربة بلا طائل بشكل عرضاني؛ بلا طائل لأن البيانات المتوفرة لديهم لا تتيح لهم على الإطلاق اتخاذ القرار بين الفرضيات المتنافسة. ومن المهم هو أيضا نتيجة باتل وغرين آروشا (Patel, Groen & Arocha (1990 المتمثلة في أن الخبراء قد توصلوا في مجال تخصصهم بشكل عام إلى التشخيص الصحيح. والاستنتاج الاستقرائي التقدمي "inductive "forward reasoning[1]، أي العمل من البيانات نحو الأهداف والحلول، ساد أو قاد للحلول الصحيحة. فإذا ما تم إيجاد التشخيص، تم التحول إلى "الاستنتاج الرجعي backward reasoning" (أي إلى التفكير بالمفاهيم القائمة)، من أجل استخدام "النهايات السائبةloose ends" وبشكل خاص المعلومات غير التشخيصية.

وقد حاول ستروم (Strum,1990) بنجاح واستنادا إلى بريمر وسولفيك (Brehmer& Solvic,1980) وأندرسون (Anderson,1980) العثور على أشكال مختلفة من دمج المعلومات في علاقتها بالمادة المعروضة والتفضيل الفردي. حيث قام بريمر وآخرون بإعطاء معلومات طبية بسيطة زائفة حول عرضين والسؤال عن شدة الاضطراب ووجدوا ربطا تجميعيا بالنسبة إلى العرضين. وقام أندرسون (1972؛ 1981) بتقديم معلومات مرضية نفسية وسأل عن شدة الاضطراب ووجد علاقات ترتيبية غير خطية non-linear Configural Relations (توسط النموذج بالوزن التفاضلي averaging model with differential weight). ووجد ستروم (1990) في عدد من التجارب بمهمات مختلفة

(1) – يعتمد الأسلوب الاستنتاجي Deductive approach على الإطلاع والتفكير والمنطق للتوصل إلى حقائق المعارف والروابط القائمة بينها.

– ويعتمد الأسلوب الاستدلالي Inductive approach على نتائج التجارب والقياسات العلمية وذلك لتحقيق نفس الأغراض السابقة.

مجربا عليهم يقومون بدمج المعلومات في أحكامهم التشخيصية بشكل أقرب للتجميعي، وآخرين قاموا بربط المعلومات بشكل أقرب للغير تجميعي.

وبالطبع فإن الأمر الفاصل بالنسبة إلى أهمية كل هذه النتائج هو السؤال إلى أي مدى تختلف الشروط في صنع الحكم بين الأطباء (الجسديين) والمعالجين النفسيين. فالتخمين بأن الأطباء يتعاملون مع وقائع أقسى يبدو للوهلة الأولى ممكنا. وعلى الرغم من أن الأمر قد يبدو في المتوسط هكذا، يناقض إيدي وكلانتون (Eddy & Clanton, 1988) بأمثلة مقنعة بأن هذا هو ما يفترض وجوده: فحتى في الطب الجسدي يتم العمل بمعلومات ضعيفة وناقصة، أكثر بكثير مما يعتقد، وأكثر مما تراعيه التجارب المبسطة.

وغالبا ما يواجه الدارسون لعلم النفس في الفصل الأول من دراستهم بدراسات حول نقص نوعية الأحكام الطبية النفسية (من بينها دراسات روزنهان Rosenhan,1973 في تجربته مع أشخاص أصحاء، غير مضطربين، تم إعطائهم تشخيصا خطأ، وإدخالهم للمستشفى، والإبقاء عليهم من دون تعديل التشخيص). إلا أن هذه الدراسات قد أسهمت في جهود كبيرة لتحسين الحكم التشخيصي. وبشكل عام فقد وجد في المراجع أن نوعية التقديرات الطبية النفسية للسمات والتشخيصات تتأرجح بشدة، حسب نوع السمة والاضطراب. فيتم بناء الأحكام بسرعة، وهي تحدد المعالجة assimilation اللاحقة. وتوجد دلائل على التمسك الشديد وعلى الثبات الضئيل للأحكام. ويتعلق الثبات ضمن أمور أخرى بوضوح السمات. ولنوع المهمة أيضا تأثيرا منظما Structured Effect.

كما أن سنايدر وسوان (Snyder & Swan,1978) وجدا في المقابلات غير الإكلينيكية بأن المقابلين الذين حصلوا مسبقا على معلومات قد صمموا مقابلتهم مبدئيا بحيث أنهم فعلوا الفرضيات المسبقة. وتمكن ويلسون ودالاس وبارون (Willson, Dallas & Baron, 1985) من إثبات ما يشبه ذلك، حيث أن المعالجين الذين وجب عليهم تحديد الانطواء والانبساط لمجرب عليهم غير مضطربين غالبا ما يطرحون نوعا من الأسئلة

التي تستند إلى السمات الإيجابية للسؤال المعني (منطو مقابل منبسط). وكان هذا يلاحظ بشكل خاص عندما كانوا يختارون أسئلتهم من قائمة، ولكن ليس عندما يصوغون أسئلتهم بأنفسهم - وهو الشرط الأكثر صدقا عياديا. وطبقا لاتجاه السؤال أعطى المسؤولين إجابات أكثر بالاتجاه الذي تم سؤالهم فيه. وقد قوم مخمنون مستقلون المقابلين (الأشخاص الذين أجريت المقابلة معهم) بناء على إجاباتهم على أنهم أكثر انطواء أو انبساطا، عندما كانوا يسئلون أكثر بالاتجاه المطابق. والملفت للنظر هو أن تقديرات المقابلين (الأشخاص الذين أجريت المقابلة معهم) قد تعلقت بالمقابل نفسه وليس بالسؤال المعطى (منطوي أم منبسط). ويمكن القول بشكل عام بوجود تأثيرات تشويه مبرهنة بوضوح، ولكن بماذا تتعلق ومتى تظهر فإن هذا ليس سهلا!.

3.3 سمات المشخصين

كما يستند جزء من الدراسات حول جودة الحكم التشخيصي على سمات المشخصين، حيث تم التفريق بين السمات الثابتة مقابل المتغيرة أو السمات والحالات Traits and States . كما ميز بوتلر (Beutler, 2004) بين سمات قابلة للملاحظة ومستنتجة. ففي السنوات الأخيرة لم يتم التركيز كثيرا في السياق العلاجي النفسي على المعالجين أو المشخصين. وهذا يرتبط مع أنه في التجريب الإكلينيكي العشوائي Randomized Clinical Trials الذي يرمز له اختصارا RCTs، الذي يهدف إلى تقويم أساليب العلاج المدعومة إمبيريقيا Empirically Supported Treatments ويرمز لها اختصارا (ESTs)، ينظر للمعالجين على أنهم مصدر للأخطاء. ومن هنا فلم يكن الاهتمام بهم إلا بشكل ممتعض كمصدر للخطأ، هذا إذا تم الاهتمام بهم.

وحتى الآن قلما تم الاهتمام بالدراسة المنهجية لمتغيرات المعالجين كمتغيرات منهجية [طرائقية] ومتغيرات مرضى في سياق جودة الحكم التشخيصي. وهنا فإنه لا يوجد استخدام موحد لتعريف السمات الأساسية كالخبرة أو التأهيل. يضاف إلى ذلك تأثيرات الاتساق coherent effects التي على المرء أن يفترض أنها قوية بالفعل. وعليه

فقد ظهر بشكل متردد عموما القليل من التفوق للمعالجين الخبراء. وهذه النتيجة تقوم أيضا على القدرات التشخيصية: فالإكلينيكيون الخبراء يظهرون في نوعية حكمهم في الغالب القليل التفوق مقابل الطلاب المتقدمين (Grab, 1989, 1998; Grove et al., 2000) - إلا أنه لابد من تفصيل هذه النتائج من زاويتين. فوضع النتائج غير واضح كلية. فأولا: ففي حين أن غولدبيرغ (Goldberg, 1968) على سبيل المثال لم يجد ميزات للخبرة بالنسبة إلى اختبار بندر- غشطلط (لتبيين التغيرات العضوية الدماغية) وعبر بشكل مستفز بأنه يمكن للسكرتير أن يقوم بهذا الجزء من التبيين التشخيصي بالمقدار نفسه الذي يستطيعه الإكلينيكي الخبير المؤهل، فقد وجد آخرون ميزات ممكنه وذلك في اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية على سبيل المثال . وثانيا: فإنه من الخطأ تفسير غياب التفوق للخبراء بمعنى أنه لا يوجد للخبرة أي تأثير على المهارات التشخيصية والعلاجية. بل أنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار أن المعالجين الخبراء اليوم يمتلكون تأهيلا مختلفا كلية، وبشكل عام أسوأ أو على الأقل غير منظم، بحيث أنهم لايختلفون عن المعالجين غير الخبيرين في متغيرة الخبرة فحسب. وهذا لا بد من الانتباه إليه بشكل أساسي حتى عندما تكون التأثيرات التي تم إيجادها بالنسبة إلى التأهيل متواضعة جدا أيضا. بالإضافة إلى ذلك لابد من الأخذ بعين الاعتبار بأنه غالبا ما كانت هناك فروقا كبيرة بالفعل بين موقف الفحص وموقف العمل العادي للخبيرين، بحيث أنه لا يمكن استغلال الخبرات إلا بشكل محدود.

وقد اعتمد عدد أكبر من الدراسات على السؤال عن الاتجاهات المختلفة. فالوزن المختلف للمظاهر المختلفة وذلك حسب التوجه العلاجي لا يحتاج إلى توضيح. وكذلك ميل الزملاء ذوي التأهيل الأساسي الطبي لوجهة النظر الفئوية Categorical وميل الزملاء ذوي التأهيل الأساسي النفسي إلى وجهة النظر البعدية Dimensional هو أمر متكرر الظهور في الممارسة اليومية.

وهناك دراسات متفرقة تتضمن ما هو غير متوقع: فقد وجد كير وغولدفريد

وهايس وكاستونغويو غولدسامت (Kerr, Goldfried, Hayes, Castonguay& Goldsamt, 1992) بشكل واضح فروقا أقل فيما ينتبه إليه المعالجون مضمونيا، مما هو متوقع. وبعض الدراسات وجدت فروقا مطابقة للتوقع.

في عام 1995 فحص كاسبار في تصميم واقعي عمليات بناء الفرضيات في الجلسة العلاجية النفسية الأولى ووجد بالنسبة إلى المجموعات المفحوصة (الخبرة مقابل عدم الخبرة/ علاج سلوكي استعرافي مقابل التوجه السيكو ديناميكي) النتائج التالية:

الانتماء للمجموعة التحليلية يجعل المعالجين:

- مقومين لمرضاهم وأنفسهم بشكل أكثر انتقائية وأقوى وأكثر تمسكا بالمفهوم [بالتصور]. وقد تم تطوير توقعات أكثر، والتي غالبا ما تم تأكيدها، والتي غالبا أيضا ما تم التمسك بها عند وجود تعارض ظاهري مع البيانات. وكان الاعتماد على المفاهيم النظرية بمضمون تشخيصي أكثر، والمحللون النفسيون يعتمدون على مفاهيم داخل توجههم أكثر من المعالجين السلوكيين.
- أكثر تفسيرا من المعالجين السلوكيين، مع العلم أن التفسيرات غالبا ما كانت تقوم على الوالدين، ولكن ليس غالبا على الطفولة أو اليفوع. والارتباطات السببية في التفسير غالبا ما تم التفكير بها ضمنيا فقط، ولكن لم يتم التصريح بها.
- أكثر انتباها للسلوك غير اللفظي والقياسي analogue ، وليس آخرا سلوكهم هم.
- يتبصرون بشكل أكثر تركيبا (تعقيدا) من حيث المبدأ.
- أكثر تركيزا على شخصهم فيما يتعلق بالخبرة الانفعالية.
- أكثر توجها نحو التصرف إلى حد ما بالنسبة إلى المرضى في استنادهم المضموني.

الانتماء إلى المجموعة السلوكية الاستعرافية جعلت المعالجين:

- يتصرفون بشكل استقرائي.

- أكثر واقعية concrete في أطرهم النظرية.
- أكثر توجها نحو الوضع في استناهم المضموني بالنسبة إلى المرضى.

الخبرة تجعل المعالجين:

- أكثر انتقائية وأكثر تفسيرا وأكثر دقة في تفسيراتهم؛ وبشكل عام وأكثر همة وأقل هما، فيما يتعلق بتنفيذ البرامج الخاصة.
- أكثر واقعية Concrete في إسناداتهم على المفاهيم النظرية.
- أكثر انتباها للسلوك غير اللفظي والقياسي analogue
- أكثر تخطيطا
- يفكرون بصورة أكثر تركيبا، بالاستعرافات العليا Meta cognitions، وبتبريرات أكثر، وبشكل أكثر وعيا إلى حد ما وأكثر تلقائية.

ويتصف المعالجون السلوكيون غير الخبيرين بأنهم يهتمون أكثر بحالتهم الخاصة ويظهرون قيما مرتفعة في متغيرات عدة وإن كانت ليست كل هذه المتغيرات قائمة على فرط المطالب (التحميل فوق طاقتهم).

أما المعالجون السلوكيون الخبيرين فيتصفون بالقليل من نقد الذات - فيما إذا كان صحيحا فلم يظهر ذلك للمقومين.

وبشكل عام ساد على الرغم من الفروق المنهجية في المجموعات الانطباع بوجود تباين فردي كبير. إلى جانب ذلك تم التفكير بأنه من غير الممكن كثيرا تفسير الفروق البين فردية بصورة غالبة من خلال التكييف الأمثل مع الشروط الفردية: بل أنها تشير أكثر إلى إمكانية تحقيق مثلى Optimization-Potential كبيرة في العمليات التشخيصية الجارية.

ومن الجدير بالذكر أيضا بعض الدراسات التي تقوم على قدرة المعالج على

التذكر. وأولى الدراسات الأولى المعروفة حول هذا الموضوع هي دراسة كوفنر (Covner, 1944) الذي قام بإجراء مقارنة لملاحظات المعالجين التي قاموا بتسجيلها بعد الجلسة مباشرة مع تسجيلات صوتية ووجد أن أقل من 30٪ من المادة المسجلة قد ظهرت في المادة المكتوبة، وكانت هذه الملاحظات صحيحة في الاتجاه. ووجد كل من هيمان (Hyman,1954; n. Watts,1980) عدم دقة كبيرة في تقارير الإكلينيكيين حول ما قاله مرضاهم. إذ من السهل أن يتم خلط الوقائع والتفسيرات.

وإلى جانب الدراسات التي تستند بشكل مباشر على القدرات التشخيصية فإن نتائج دراسات الخبراء مهمة أيضا بشكل عام، وذلك لسببين مختلفين كلية: الأول هو الثغرات القائمة في وضع النتائج الإمبيريقية التي تستند مباشرة إلى التشخيص في العلاج النفسي، بحيث تصبح دراسات الخبراء من خلال ذلك مهمة. وثانيا فإن الكثير من السمات التي تميز الخبراء عموما تنسد إلى التشخيص وتحليل المشكلة، وليس على سمات تنفيذ العمل (الأداء). فإذا ما قمنا بتوسيع نتيجة غلاسر وشي (Glaser & Chi,1988) حول صفات الخبراء التي تم إيجادها بقوة إلى حد ما في الدراسات، إلى نتائج أخرى فإننا نستنتج القائمة التالية:

1- الخبراء متفوقون في ميدانهم (domains) الخاص. وكسبب لهذا التفوق يشير غلاسر وشي إلى أن الخبراء يمتلكون الكثير من المعرفة الخاصة بالمجال

2- يدرك الخبراء في مجالاتهم نمطا مهما شاملا

the experts perceive in theirs Domains a comprehensive significant Muster .

3- الخبراء أسرع من المبتدئين في استخدام قدراتهم المتعلقة بالمجال ويحلون المشكلات بسرعة مع القليل من الأخطاء. ويرى غلاسر وشي هنا طريقين للتبيين على الأقل:

أ - يقود الكثير من التدريب إلى الأتمتة [التلقائية] في المهمات البسيطة، وبهذا تصبح سعة الذاكرة متاحة لمعالجة مظاهر أخرى من المهمة.

ب- يتعرف الخبراء على النمط، وغالبا ما يجدون الحلول من خلال ذلك من دون أن يكون عليهم البحث عرضانيا بشكل تفصيلي.

4- للخبراء ذاكرة قصيرة وطويلة الأمد أفضل. ومن خلال الأتمتة لكثير من المهارات تتحرر سعة التخزين.

5- يرى الخبراء المشكلات ويصورونها في مجالهم على مستوى أعمق (أكثر مبدئية) من المبتدئين؛ يميل المبتدئون إلى تصوير المشكلة على مستوى سطحي.

6- يستثمر الخبراء الكثير من الوقت في التحليل النوعي للمشكلة.

7- يمتلك الخبراء درجة جيدة من قدرات مراقبة الذات self monitoring. فإذا ما ارتكبوا أخطاء فإنه يبدو أنهم يعرفون أفضل من المبتدئين لماذا هم لم يفهموا ومتى من الضروري اختبار الحلول.

كما وجدت مرارا خصوصيات idiosyncrasy خاصة بالمشخصين منفردين وفروق بين فردية كبيرة. فهل تمثل هذه تلاؤما أمثل للأفراد مع أوضاعهم الخاصة أو تمثل شروطا موقفية؟ وتعد هذه المسألة مهمة بشكل خاص بالنظر إلى النماذج الافتراضية prescriptive والتأهيل. وهذه المسألة لا يمكن اليوم الإجابة عنها بشكل مسند إمبيريقيا. إلا أنه توجد أمثلة مهمة لمثل هذه الفرضية من التلاؤم. فقد قام المؤلف في الدروس حول تحليل الخطة باستعمال طريقة تشترط الملاحظة المكيفة للمعلومات غير اللفظية (قارن الفصل السادس من هذا الكتاب) توصل فيها المشاركون المغطاة عيونهم بشكل جيد إلى استنتاجات مشابهة لزملائهم المبصرين وذلك من خلال قيامهم بتعويض المعلومات البصرية الغائبة من خلال الإصغاء الجيد للسمات اللفظية الدقيقة وشبه اللفظية Para verbal . وبطريقة مشابهة يمكن للمرء أن يتصور أن المشخصين عند استخدام استراتيجيات حدسية مقابل التحليلية المنطقية على سبيل المثال يراعون بشكل غير مقصود الحالات البيولوجية المختلفة، ولكن أيضا "مستوى تدريبهم": وهذا

يمكن أن يكون مختلفا جدا بسبب حياتهم حتى الآن ومطالبهم المختلفة من جهاز تمثل المعلومات. ولكن عندما يرى المرء بأن الفروق قوية جدا وتقود في الممارسة العملية الملموسة إلى إهمال مظاهر مهمة فإنه ليس من المحتمل جدا أن يتم تفسير الفروق المستخلصة كلية أو في الغالب بأنها تكيف؛ فمن الممكن إن تكون حصة الطبائع التي تجعل جودة الحكم تزداد سوءا، كبيرة جدا.

3.4 انتقاد الأبحاث

تم انتقاد كثير من الدراسات المعروضة بإسهاب. وقد أخذ الانتقاد إما طابع الدفاع إلى حد ما أو طابع الهجوم المضاد للمنتقد وربما لا يؤثر كثيرا في النتائج الحرجة. إلا أن النقد مسند في جزء لا بأس فيه و يؤثر بشكل خاص في الصدق الإكلينيكي للدراسات، التي قد تكون صادقة داخليا interne Validity . ولا يمكننا هنا عرض النقاشات النقدية إلا بصورة تلخيصية كما هو الحال في عرضنا للنتائج.

فقد قدم بعض النقاد مثل هولت وآخرين (Holt et al.,1988) عبر سنوات طويلة سلسلة كاملة من المساهمات النقدية المنهجية. وقد تم بشكل خاص التشكيك بصدق النتائج، ولكن من دون تقديم بينات evidence مضادة واضحة، أي من دون براهين على الأداء الجيد للإكلينيكيين. ويشير روك وآخرون Rock et al. (1987) إلى الانتقادات التالية للعدد الأكبر من الدراسات التي يتم اقتباسها في العادة:

1- لا يستطيع المعالجون استخدام الإجراءات procedure أو المواد المألوفة (على سبيل المثال اختيار المعلومات التي يفترض الحصول عليها، من مقابلات عدة إذا دعت الحاجة، اختيار المنظومة التصنيفية nosological Systems المفضلة من عدة مقابلات)؛

2- على المعالجين تقييم ظواهر لديهم حولها القليل من التأهيل والخبرة. (الدرجات المدرسية، نجاح التأهيل، أعمال العنف المستقبلية...الخ).

كما أبدى واطس (Watts,1980, P.95) انتقادات مشابهة ففيما يتعلق بالأحكام القاسية scathing في الأحكام الإكلينيكية:

(…) There are deficiencies in the experimental literature which necessitate caution in reaching such a conclusion. The experiments in which the judgment ability of clinicians have been assessed have frequently employed tasks that are poor analogues of the kind of judgments clinicians actually have to make, differing in the kinds of situations in which clinical judgment has been assessed and the criteria that have been used (…) the predictive information used in studies of clinical judgment has often been, for methodological convenience, of a simplistic kind.

هناك نقص في المراجع التجريبية التي تستلزم الحذر في الوصول إلى مثل هذه النتائج. فالنتائج التي تم فيها تقدير قدرة الإكلينيكيين على الحكم كثيرا ما استخدمت مهاما ذات نظائر سيئة في هذا النوع من الأحكام الإكلينيكية تقود في الواقع إلى إظهار فروق في أنواع المواقف التي تم فيها تقييم الحكم الإكلينيكي والمحكات التي استخدمت [...]. كان لأغلب المعلومات التنبؤية التي استخدمت في الحكم الإكلينيكي صفة الأريحية الطرائقية من النوع البسيط.

وهو لا يشكك بأن الخبيرين يرتكبون الأخطاء أيضا، ولكن من المحتمل أنهم يرتكبون في الغالب أخطاء أخرى غير المبتدئين، الذين ينبغي دراستهم بطرق أكثر ملائمة.

ويرى آخرون مثل غاورون ديكنسون Gauron and Dickinson (1966) المشكلات بشكل خاص في نقص التزام المجرب عليهم، لأنه لن تكون لأعمالهم أية نتيجة حقيقية على أية حال وفي نقص الألفة بالمهمة التجريبية والإفراط النمطي في تبسيط التجارب. وربما يستغرب المرء بالفعل عندما ينظر للخلف بأن المجربين قد وجدوا دائما تقريبا ضحايا اختياريين، وقعوا في الفخ المنصوب لهم.

ونجد المطالب المبدئية بالصدق التبيؤي Ecological Validity بشكل خاص لدى

براندسفورد (Brandsford, Brwon& Coking,1999) ونايسر(Neiser,1976)، وقد تم تطبيق هذه المطالب في "نموذج رباعي السطوح tetrahedron model" صاغه روك وآخرون (Rock, et al.,1987, P.645) للاستخدام الإكلينيكي بالاستناد إلى جينكينز (Jenkins, 1979). ووفقا لهذا النموذج فلابد من مراعاة أربعة مظاهر في كل دراسة (ترجمة المؤلف):

1- سمات المعالج: وتتضمن المهارات والمعرفة والاتجاهات. ومن الأمثلة على ذلك: الخبرات بنوع معين من مشكلات المرضى، التمكن الجيد جدا من طرق القياس والعلاج والإجراء procedure في الوصول إلى التشخيص، المعرفة بالمجالات النوعية للمراجع الإكلينيكية، حدود القدرات الإكلينيكية الشخصية. تفضيل الحصول على نصائح الزملاء، في حال الضرورة، بالنسبة إلى مرضى معينين والمصلحة. وتبدو مثل هذه السمات النوعية أكثر أهمية من سنوات الخبرة لوحدها في مهارات الحكم العامة.

2- المهام التي يتم وفقها تقويم الأداء: وتتضمن هذه المهام التنبؤ والتشخيص ومفهوم الحالة والتخطيط للعلاج والتصنيف والوصف...الخ.

3- المادة الإكلينيكية: وتتضمن هذه المادة التي على أساسها يتم الحكم، مثل المقابلة مع مشاركة المفحوصين، تسجيلات صوتية أو بالفيديو للمقابلة، ملاحظات حول الحالة، مؤتمر الحالة، تاريخ الحالة، بطاريات الاختبارات، المعلومات عن المشاركين الآخرين، الملاحظة غير- التدخلية not-intrusive Observation والتقارير الذاتية للمرضى.

4- نشاطات تمثل المعلومات Information assimilation activities : وتتضمن هذه فحوصات بأحكام بسيطة ومتعددة، الفرصة للتغذية الراجعة من المرضى أو الزملاء، مواجهة المشكلات عند حل المشكلة.

والمركبات الأربعة ليست مهمة في كل دراسة كمظهر منفرد فحسب وإنما التفاعل المتبادل بين المركبات مهم أيضا: ولا يمكن الحكم على أي منها في الحالة الملموسة لوحده مستقلا عن الآخر. فصعوبات المهام على سبيل المثال لا يمكن تقويمها من دون أخذ سمات المعالجين والمواد التي ينبغي معالجتها بعين الاعتبار.

وهناك نقطة جوهرية في النقد الطرائقي هي أن الأحكام الختامية مطلوبة في الدراسات بناء على المعلومات المحدودة. والمميز بالنسبة إلى عملية تشخيصية واقعية في السياق العلاجي هو أن السياق بالذات هو سياق تقدمي [سيروري process] تكييفي. ولكن إذا ما كان الحال كذلك فإنه ربما تكون دراسة التغير التدريجي في التقديرات التشخيصية أكثر أهمية بكثير وهو أمر مازال قليل الحصول.

3.5 مستوى الأوضاع

خلاصة القول يمكن ذكر عدد من أخطاء العلاج أو التشخيص، تم إيجادها إلى حد كبير في عدد من الدراسات. وقد كنا قد أشرنا إلى أنه قد اتضح أكثر من مرة أن الأخطاء يمكن أن تسير باتجاهين متكاملين. إذ تظهر إن صح التعبير أخطاء "متناقضة" ولا يمكن تخفيض احتمال نوع من الخطأ ببساطة، من دون زيادة الآخر:

1- الغرق بكثير من المعلومات غير المعالجة في سبيل البقاء استقرائيا Inductive[1] وعدم التسرع بالقرار؛

2- الاستقصاء والمعالجة المفرطة excessive للبيانات بدلا من التخطيط الدقيق (على سبيل المثال البدء المتأخر جدا بمفهوم واضح للحالة يتم منه من جهته اشتقاق أسئلة تشخيصية[2]) ؛

(1) تتبع الجزئيات للوصول إلى حكم كلي.

(2) تهدف الأمثلة للتوضيح وهي ليست مقتبسة إلى حد كبير من قائمة الدراسات الكامنة خلف القائمة.

3- الحصول غير الكامل على المعلومات. كالتخلي عن الأسئلة التي قد تبدو محرجة على سبيل المثال)؛

4- المراعاة الشديدة لغير المحتمل والفردي المترافقة مع الاهتمام الضئيل بالنسب الأساسية والمعلومات الأخرى حول الفرد (على سبيل المثال تجاه تعابير: متعلق بالمواد على أنه "أكثر استعدادا وقدرة على العلاج من مروج المخدرات النمطي)؛

5- المراعاة الضئيلة لما هو خاص، لأنه يتم ترتيبه بقوة ضمن ما هو رائج أو لأن التفاصيل غير معروفة كثيرا (على سبيل المثال معلومات حول المجموعات الفرعية للاكتئاب، الاختلاطية)؛

6- التفسير الخطأ للبيانات: فمن جهة يتم استنفاذ القليل من البيانات، ومن جهة أخرى استقصاء الكثير من البيانات وهو ما يرفع اليقين الشخصي أكثر من الدقة الفعلية؛

7- التكييف غير المشكك به للمعالجة الذاتية للمعلومات مع العادات المحلية (تبني مفاهيم تشخيصية ولغة اصطلاحية[1] jargon تصعب من التقصي الموجه للبيانات على سبيل المثال)؛

8- محاولة تقليد الخبراء من دون قيام المرء ببناء الشروط اللازمة بنفسه (على سبيل المثال يؤثر الخبراء من خلال أمثلة حول القرارات الحدسية: "علي أن أطفئ التفكير المنطقي، لأصبح أنا نفسي خبيرا بسرعة")؛

9- النمو غير المبرر للاطمئنان الذاتي مع تزايد كمية البيانات، وإلى حد ما من خلال النقطة رقم (6) ("على الرغم من أنه كان علي أيضا بعد ثلاث جلسات أن أستخلص التشخيص، فإني أشعر بعد ستة جلسات بأني أكثر كفاءة في إنجاز مفهوم واضح للحالة وأصر أيضا بشكل أكثر اقتناعا على الفرضيات الخطأ)؛

(1) المقصود هنا إما لغة خاصة لا يفهما إلا عدد محدود من الأشخاص أو لغة غامضة مبهمة.

10- المبالغة بوزن الإثباتات وإغفال التشكيك (الميل للإثبات [أو التصديق] confirmation bias).

11- التقيد برؤية محددة للمشكلة من قبل المريض أو الأشخاص الآخرين، تصعب من الحل ("الوقوع في التصديق الظاهري[1] plausibility)؛

12- الرضا بالتفسير الأول المحتمل كفاية، بدلا من البحث عن بدائل أخرى؛

13- عزو الكثير من التأثير والتحكم للفاعل (المعالج والمريض) مقارنة بالعوامل الخارجية.

فكيف يمكن الحكم من وجهة النظر الراهنة على الاختلاف التقليدي classical divergence بين الأحكام الإكلينيكية والإحصائية؟. قدم غراب (Grab, 2005) مثالا للحكم الإكلينيكي المبدع ووضح بأنه توجد استجابتين على مثل هذه التقارير، الاستجابة "غير العملية romantic" و"الإمبيريقية empiricism". فالاستجابة "غير العملية" تستحق الإعجاب، وبالفعل فإنه يلاحظ مرارا أن الخبيرين وبشكل خاص فيما بعد، عندما يظهر أنهم كانوا على حق، يحظون بالكثير من الإعجاب، بأنهم "كان يجري هذا في عروقهم" أو مهما كان شكل تعبيرهم عن هذا. وصدى التقارير الملموسة كبير جدا سواء بالنسبة إلى المطلعين أم أيضا بالنسبة إلى المعنيين. بالمقابل يقول اتجاه الإمبيريقية بأنه من الطبيعي أن يحالف الإنسان الحظ مرة من خلال الاستراتيجية السيئة، إلا أن مستوى النتائج حتى من خلال تقنيات التحليل البعدي المحسنة ما زال كما كان يشير بشكل دامغ ضد الأحكام الإكلينيكية ويؤيد الأحكام الإحصائية (Grab, 2005). إلا أنه نادرا ما تم قبول انتقادات الدراسات الرائجة والرد عليها؛ فما زال حتى الآن يعد أنه قلما تمت دراسة المعالجين والمشخصين في عملهم على المرضى الحقيقيين. وهكذا يلحظ غراب بأن الحكم الإكلينيكي يكون أفضل "فقط"، عندما يمتلك المشخصون الذين يتم بحثهم منفذا للمقابلات الإكلينيكية. ومثل هذه الملاحظات

---

(1) الذي يبدو معقولا، الشيء الظرفي، الجدير ظاهريا بالتصديق).

خوانة، إذ أن دراسات الصدق الخارجي تلك، التي لها منفذ على المادة الإكلينيكية، ستكون بالذات ذات قيمة تنبؤية كبيرة! ومع كل التحفظات الطرائقية لابد أن نشير إلى أنه ليست الدراسات وحدها هي التي قد تتهم بنوع من الاصطناعية فحسب، وإنما تلك التي تحصل فيها أخطاء في الأداء الإكلينيكي-العلاجي النفسي اليومي. وعلى ما يبدو فإنها تكون وخيمة في بعض الأحيان ولا يتم تصحيحها. أما مدى حجم الخطأ عموما في الممارسة اليومية فما زال غير مدروس كثيرا، حتى وإن كانت هناك بعض الدلائل، وبشكل خاص من الطب، بأن هذه الأخطاء هي كل شيء عدا عن أن تكون غير ذات قيمة (Kaplan & Frosch, 2005). فهنا يدخل السياق في الموضوع: يعمل المعالجون تحت ضغط الإجراء [التصرف]، وفي العادة بمعلومات واهنة وغير أكيدة. ولا يتوقع لهم أن يعملوا تحت هذه الظروف بدون أية أخطاء.

وقد أشار باحثون مثل نسبت وروس (Nesbett & Ross, 2005) محذرين في كتابهم المشهور والذي يتم الاستشهاد به كثيرا من نقاد الحكم الإكلينيكي كدليل، من الأحادية في الاتجاه النقدي: كانت الأحادية على سبيل التوضيح مدفوعة بالأمل، كما هو الحال في المجالات الأخرى من علم النفس، بالحصول من الأخطاء على استبصار في جهاز معالجة المعلومات الإنساني الشغال بشكل عام جيدا. فإذا ما تم التدليل بمعقولية plausibility الأمثلة التجريبية والإكلينيكية، على أن الأخطاء الملحوظة مهمة عمليا، عندئذ تستعمل بالضبط الانحياز للمتاح availability bias المشهر به من تفيسكي وكانيمان (Tvesky & Kahnemann, 1973)، كما يرى هولت (Holt, 1988). وهو وكأنه يتحدث بلساني عندما ينتقد بأنه قد تم العزف على الأخطاء كثيرا من دون التجرؤ على تبيين ما هي ميزات الاستراتيجيات الكامنة خلفها:

"Granted, diagnosticians can develop slovenly habits of working, is that any great discovery?"

"يمكن للمشخصون المخولون أن يطوروا عادات عمل سيئة، فهل هذا اكتشاف عظيم؟"، بل أنه يتعمق أكثر ويسأل فيما إذا كانت حسنة التشنيع بمثل هذه الأخطاء

تفوق الحسنات التي يمكن أن تتسبب بها لدى الجمهور، مثل الأقارب الذين عليهم أن يعهدوا بالمرضى إلى أشخاص يبدون غير كفء. ففي حين يبدو لي على المدى البعيد إشكاليا إخفاء المعارف لضرورات المراعاة الخارجية، يبدو لي بأن السعي للتقييم المتوازن في البحث ونقاش البحث هو ضرورة بديهية. يقول هولت (Holt,1988):

"For every type of error found, consider the possibility that it results from a human capacity with important adaptive advantages"

"بالنسبة إلى وجود أي نوع من الخطأ، هناك احتمال بأنه ناجم عن استيعاب الإنسان للفوائد التكيفية المهمة" (P.244).

لم يتطور التأهيل وفق مستوى معرفتنا الراهن منهجيا في اتجاه ملائم؛ وهو ما سنتطرق إليه أدناه. فمن خلال إعطاء وزن كبير للطرق المتعلقة بالاضطراب، المحددة في الأدلة، وكذلك تحسين منظومات التشخيص الآي سي دي والدي أس أم ICD & DSM يفترض أن تكون الكفاءة في تشخيص الاضطرابات قد تحسنت، وما نأمله هو ألا يكون هذا على حساب القدرات في مجال مفهوم الحالة الفردي. وهو مظهر، تعاني تحته كفاءات أخرى في السنوات الأخيرة من خلال الاهتمام المتزايد بالمظاهر البيولوجية (والذي لا ينبغي أن نشكك في أهميته أيضا بالنسبة إلى المفهوم العلاجي النفسي للحالة Psychotherapeutically Case Conception): فقد استنتج ميش (Mish, 2000) إفقارا في القدرة على تحليل المظاهر النفسية الاجتماعية لدى الأطباء في الطب النفسي واستخدامها وعزا ذلك إلى السيطرة المتزايدة للنماذج البيوعصبية.

4. ضمان الجودة وتوجيه العملية

أصبح ضمان الجودة في المحيط الناطق بالألمانية إلزاما يؤخذ على محمل الجد مع أو بدون إسناد قانوني. ففي ألمانيا يمثل تأمين ضمان كاف للجودة واحد من المهام المهمة في مجالس المعالجين النفسيين. ولمراقبة الجودة Quality monitoring (كجزء من ضمان

الجودة) وظيفة مراقبة نوعية المعالجات الجارية. أما أهم المدخلات لضمان الجودة فهي المعلومات التشخيصية حول حالة المريض والعملية العلاجية.

فإذا ما تعلق الأمر بالعلاجات القائمة فإنه يتم استخدام المعلومات مباشرة في التخطيط للعلاج ولها بالبداهة تأثير قوي على نوع ومحتوى العملية العلاجية-التشخيصية عند الاستخدام الصحيح. ولتقارير الخبراء التقليدية تأثير واضح. ومما لاشك فيه هناك معالجون نفسيون يعملون للوصول لمفهوم الحالة، وهو ما يمتد لأبعد مما هو متوقع من خبير ويمكنهم أن يسندوا تكليفهم في كل الأحوال كأساس لبرنامج العلاج، على ما تم الوصول إليه. في حين يقر آخرون بأن طرق الخبراء جيدة كفاية لإيصالهم إلى التفسير [التبيين] وإلى الأفكار التي قد لا يطرحونها[1]. في حين أن آخرين يقومون بتكليف الآخرين بكتابة المسموع، والذين لا يعرفون المرضى أنفسهم على الإطلاق. وفي إحدى البدائل لطرق الخبراء، التي توجد منها الآن واحدة في طور التجريب بناء على مبادرة من أحد صناديق الضمان الصحي، تم التخطيط لإجراء قياسات واسعة نسبيا للمرضى قبل وفي أثناء وبعد العلاج. وهنا يتم إعطاء المعالج مساحة أكبر من الثقة مما هو الحال في أساليب الخبراء. وفي هذا الإجراء يتم مسبقا فحص طلب المعالج النفسي (الذي ليس بالضرورة أن تصب فيه أيضا البيانات التشخيصية مع مراعاة تعددية الأبعاد) فيما إذا كان المعالج النفسي قد تمكن من عرض برامجه بشكل مقنع. وتنص المبادرة على أن تترك المعالجين يعملون ما يرون أنه صحيح عندما يكونوا مستعدين لوضع بيانات تشخيصية واسعة نسبيا في مجرى العلاج وبعده تحت التصرف أو في الحصول عليها من مرضاهم والتي يتم عندئذ اختبار تأثيرها الفعلي وإعادة تبليغها (التغذية الراجعة).

---

(1) أستند هنا إلى التقارير التي عملت فيها كعضو في لجنة ضمان الجودة لمجلس العلاج النفسي في بادن-فورتمبيرغ Baden-Wuertemberg.

وهذا يمثل أيضا مثالا على "التقويم المعلوماتي"، أي تقويم البيانات التشخيصية مع الهدف المعلن المتمثل في التأثير على مجرى العلاج. ويجري هذا الأمر بشكل تفصيلي أكبر منذ أمد بعيد في منشآت، كالعيادات الجامعية والتأهيلية، التي تتم فيها باستمرار في التخطيط للعلاج اللاحق مراعاة تبليغات استبيانات الجلسات والنتائج حول القياسات البينية للحالة (على سبيل المثال كل عشر جلسات في العلاج في العيادة الخارجية أو كل ستة أسابيع في العلاجات المركزية). وغالبا ما تكون الحدود بين ضمان الجودة والبحث مختلطة أو أنه يتم الحصول على البيانات لسبب مزدوج. ويؤكد لايرايتر (Laireiter,2001) على كثيرا على الشروط المختلفة وأن الممارسين يمتلكون شروطا أسوأ بالنسبة إلى التشخيص الواسع. إلا أنه هناك أيضا ممارسون وليس فقط ممارسون في العيادات الجامعية يلتزمون إلى مدى بعيد بالحصول على البيانات التشخيصية المستمرة لأهداف ضمان الجودة. وهنا تتضح بشكل خاص طبيعة عملية التشخيص القائم على العلاج وفائدته.

وفيما إذا كان يتم بالفعل استغلال المعلومات التشخيصية وفيما إذا كانت تحدد العملية، فإن هذا يتعلق بشدة بتجهيزها وعرضها. وهنا يوجد مظهران رئيسيان:

1- هل يتم القيام بتجهيز تخطيطي بحيث يتم دعم القدرة الإنسانية على التعرف الأمثل على النمط، أي التعرف السريع على الشذوذات؟

2- هل يتم ربط نتائج التقويم مع خلفية الخبرة العملية بحيث يتمكن المعالجون من تنظيم النتائج بسهولة استنادا إلى أهميتها؟.

كلا المظهرين يتم السعي إليهما فيما يسمى "بالتحليل التصويري" لغراوة (شكل 2). إذ يتم التعبير عن بيانات المريض بشكل تخطيطي، وذلك على خلفية القيم المتوسطة والانحرافات المعيارية لمجموعة مرضى عشوائية، أي على سبيل المثال مرضى المؤسسة نفسها في السنوات الثلاث الأخيرة أو فقط (في حال وجود عدد أكبر من المرضى كفاية)

مجموعة المرضى الأكثر ملائمة في كل مرة، أي على سبيل المثال كل المرضى المتعلقين بالمواد لمؤسسة ما في السنوات الثلاث الأخيرة. وفي حين أن أنه لا يمكن استخلاص أهمية القيم العددية الفردية على خلفية المعايير المجردة لمجموعة مقارنة مجردة إلا بصورة سيئة، فإن الأهمية بينة بشكل شديد المباشرة، على سبيل المثال "فوق مجال التوزع الطبيعي لكل مرضى العلاج النفسي للعيادة في السنوات الثلاث الأخيرة"، الذين على الرغم من أن المرء لا يعرفهم جميعهم، ولكنه قد طور حولهم تصورا جيدا في مجرى السنين.

ومن الجدير بالاهتمام من منظور العملية الأعمال الجديدة حول تحقيق الجودة والتأثير من خلال استخدام البيانات من بيانات المجرى. والمميز هنا أنه تتم في كل مرة مقارنة المجرى الملاحظ بالمجرى المتوقع لمرضى مشابهين إلى أقصى درجة. وتتنوع الأنظمة إلى حد ما ولكن المألوف هو القياس الزمني والتبليغ (التغذية الراجعة) عن حالة المريض من خلال الانترنت أو الإدخال المباشر في الكمبيوتر مع التقويم الدقيق والتبليغ إلى أي مدى يطابق المجرى المستنتج ما هو متوقع.

ويمكن التعبير عن زيادة الكفاءة من خلال مثل هذه التبليغات أيضا من خلال شدة الأثر ومن خلال استخدام تقنية علاجية معينة. فقد وجد لامبيرت وزملاءه بالنسبة إلى أنواع مختلفة من التبليغ لدى مرضى إشكاليين شدة تأثير متوسطة حتى الشديدة ووجد كل من بيركنغ وأورث ولوتس (Berking, Orth & Kutz, 2006) بحسابات حول كل المرضى، وليس على مجموعة فرعية من المرضى ألإشكاليين وفي الأطر المركزية (العلاج داخل المستشفى) تأثيرات إيجابية. ومثل هذه التبليغات تحصل أيضا في المشروع المذكور أعلاه لتطوير بدائل عن طريقة الخبراء. والاستخدام المنطقي هو في صالح المرضى والمعالجين ومتحملي التكاليف، ويتوقع أنه سيزداد انتشارها ومن ثم ستقود أيضا إلى تغيير العملية التشخيصية بشكل دائم.

5. التكاليف/الفوائد

لو كان التشخيص لا يرتبط بتكاليف لكان أوسع انتشارا. وفي الواقع تقع بالنسبة إلى المعالجين والمرضى ومتحملي التكاليف ومشاركين آخرين أنواع مختلفة من التكاليف وهي تفسر من ناحية الاستخدام المحدود للتشخيص ومن ناحية أخرى لابد طبعا من أخذها بعين في النماذج الافتراضية prescriptive والمطالب.

وللانشغال بالتكاليف تاريخ طويل في التشخيص. ومن المشهور منها وظيفة الفوائد وقاعدة الإستراتيجية لكرونباخ وغليسر(Cronbach & Glaeser,1965). فقبل كل قرار حول الخطوة التالية من التشخيص لابد من التفكير فيما إذا كانت نسبة التكاليف إلى الفوائد تبرر الخطوة التالية. وعلى ما يبدو فإن للأساليب المتدرجة التي يتم التقرير فيها بصورة تعاقبية successive فائدتها. لقد تم تطوير أساليب الفرز (على سبيل المثال Fryberger & Stieglitz,2006) وفق محكات التكاليف/ الفوائد. ولن نتعرض لهذا بالتفصيل في هذا المقام.

أما التكاليف النمطية في السياق العلاجي الإكلينيكي فهي:

وقت المريض لتعبئة الاستبيانات، تقديم المعلومات في الجلسة مع المعالج، المقابلة التشخيصية، واجبات الملاحظة.

وقت الأشخاص المرجعيين للجلسات وفي كل الأحوال في تعبئة الاستبيانات.

- التكاليف الانفعالية بالنسبة إلى المريض والإطار المرجعي.
- وقت المعالج للجلسات والاستبيانات وتجهيز وتقويم بيانات التشخيص، وتنفيذ مفهوم الحالة.
- تكاليف الإشراف الداخلي والخارجي Super-and Intervision والنقاش ضمن الفريق، وتكاليف التعلم.
- وقت المساعدين في التقييمات.

- الاستبيانات: الأدلة، التراخيص، تكاليف المواد (يمكن أن يسبب قيام الاحتكار مصدرا للقلق هنا).
- التشخيص المدعم بالكمبيوتر: الحواسيب أو زيادة أسعار الحواسيب ذات الكفاءات الحسابية العالية، البرامج، التراخيص، نفقات الاستخدام والتعلم والصيانة.

وقد سعينا في هذه القائمة لأن تكون كاملة: إلا أنه من البديهي أن النشاطات المذكورة لا تخدم الوظائف التشخيصية لوحدها ومن ثم فإنه لا يمكن تحميل التكاليف على التشخيص لوحده. غير أنه علينا ألا ننسى، ولكن ألا نخلط أيضا مع تكلفة التنفيذ اللاحقة، تكلفة التعلم، الذي يمكن أن يكون كبيرا جدا وذلك حسب الإجراء (على سبيل المثال إعطاء وتقويم مقياس بسيط مثل مقياس بيك للاكتئاب مقابل التمكن الروتيني من إجراء مفهوم الحالة على سبيل المثال). ومن المؤكد أن "الكلفة المستشعرة" ستكون أقل لو تم التخطيط لها كجزء من التأهيل العلاجي النفسي كتلة واحدة en bloc، وأكبر إذا كان لا بد من القيام به لاحقا فرديا عند كل إدخال لإجراء ما.

ولا يتوفر مواجهة منهجية للتكاليف الشديدة، ولا حول إمكانات التوفير في التشخيص المدعوم بالكمبيوتر. فهنا تضاف تكاليف الحاسب والبرامج والاختبارات والتدرب، ومن ناحية أخرى فإن الاختبارات المنفردة ملائمة أكثر فيما يتعلق برسوم الترخيص ومن البديهي أن تحمل الأتمتة في طياتها إمكانات توفير كبيرة.

وفي حين أنه بالمقارنة يمكن حساب التكاليف ببساطة، فإن الأمر أصعب من ناحية الفوائد. فلن يشك إنسان بأن العلاج يمكن أن يكون أقصر وأكثر فاعلية وأكثر ديمومة ويمنع الانزلاق على الهامش، عندما يتم عمل كل شيء تشخيصيا بصورة صحيحة بدءا من التشخيص الفئوي بالاستبيانات مرورا بالتبيين في مختبر النوم وانتهاء بمفهوم الحالة الكفء. ولكن كيف سيحسب المرء المكسب في نوعية الحياة أو تخفيض أيام الإجازات الصحية بالضبط وربطها بالأجزاء المنفردة للعملية التشخيصية وتكاليفها؟ مثل هذه الحسابات يفترض لها أن تكون موضوع دراسات أكبر ولكنها غير متوفرة اليوم. المهم

في هذا المقام هو عدم رؤية التكاليف قط وإنما الفوائد أيضا، حتى لو كان من الصعب تكميمها. ويمكن للإجراء التشخيصي أن يكون ملائما للتكاليف لسببين:

- إنه يقدم مساهمة بنفس الحجم على الأقل في تحسين فاعلية العلاج، ولكنه يكلف أقل من الإجراءات الأخرى،
- يعد كإجراء وحيد بزيادة الفاعلية، من دون أن تبدو التكاليف الإضافية باهظة.

فلو أمكن حساب الفوائد والتكاليف بالمال وكانت الفاتورة ملائمة فإنه يمكن الحديث أيضا عن "التكلفة المفيدة cost beneficial" (Yates & Taub,2003)، والتي يمكن ترجمتها بتصرف إلى "المربحة". كما يقدم هذان الباحثان إرشادات ملموسة لحساب التكاليف الإضافية والتي لا يمكن التطرق لها بالتفصيل في هذا السياق.

وفي هذا السياق لابد من الإشارة إلى الهموم المفهومة للمعالجين، بأنه في إطار ضمان الجودة أصبحت التكاليف والنفقات المتزايدة باطراد ترهقهم من دون تعويض. وما زال النقاش حول هذا الأمر غير قائم بعد. ولكن لنتصور على سبيل المقارنة لو قامت صناديق الضمان الصحي بالطلب من أطباء العظمية والجراحين دفع تكاليف الصور الشعاعية من جيوبهم لأنها لا تفيد إلا في سبيل التوضيح أين سيتم إجراء الجراحة أو أين سيتم التركيب أو للتحديد الموضوعي فيما إذا كان العلاج ناجحا ولهذا فهو لا يشكل عملا يمكن تمويله.

وأخيرا: فإن كون كثير من المعالجين يلجئون إلى للروتين التشخيصي بصورة أسرع من ملائمة الإجراء التشخيصي مع الحالة الفردية (على سبيل المثال بطاريات أسئلة بدلا من تفصيل انتقاء الاستبيانات على المريض الفرد؛ تحليل كل المرضى/ المشكلات بمبدأ مفهوم الحالة، الأكثر ألفة [روتينا] لديهم بدلا من الاستخدام التعددي plurality للمفاهيم المختلفة حسب المظهر الذي عليهم فهمه)، فإن هذا يعبر بالطبع عن مراعاة ضمنية للتكاليف.

6. نماذج العملية المفترضة وتحسين الأعمال التشخيصية

يقصد "بالافتراضي prescriptive" بالمعنى الأصلي للكلمة ما لا يصف أو لا يبين ببساطة الحالة القائمة "Is-State" وإنما ما يعطي القواعد حول الكيفية التي يفترض فيها عمل شيء معين. وهنا لا يتعلق الأمر بنماذج رياضية بمعنى المبدأ الإحصائي/ الاحتسابي فحسب وإنما حتى القواعد الموجهة أو الاكتشافية تعد مفترضة أيضا ("قبل أن ترسخ على تفسير تشخيصي، اختبر دائما فيما إذا كان من الممكن أن يكون شيئا آخر").

6.1 النماذج المفترضة العامة

قاد تطوير الأساليب التشخيصية إلى توسيع المطالب في قابلية الاستنتاجات التشخيصية للفهم. وأثر ضمان الجودة في الاتجاه نفسه. وأصبحت الإمكانات العلاجية وبالنتيجة أيضا مسائل التشخيص متنوعة. ومن خلال ذلك أصبحت النماذج المفترضة الفارقة أكثر أهمية. فالدي أس أم والآي سي دي DSM & ICD على سبيل المثال يمثلا نماذج افتراضية والمقابلات المبنية (قارن الفصل 12 من هذا الكتاب) هي مبادئ مفترضة دقيقة. وقد ناقش فريبيرغر وستيغلتس (Freyberger & Stieglitz, 2006) مسألة إلى أي مدى يمكن طرح تعليمات Guidelines بالنسبة إلى التشخيص أيضا (أي ليس فقط كما هو معتاد بالنسبة إلى العلاج الخاص بالاضطراب)، ويشيران إلى أنه يمكن فهم أدلة (الدي أس أم والآ سي دي DSM & ICD) كتعليمات وسيطية mediator.

وفي العقود والسنوات الأخيرة اتسعت بشكل كبير المعرفة التصريحية declarative (معارف الوقائع Facts Knowledge، معارف التوضيح والتعديل) المتوفرة تحت تصرف العملية التشخيصية. ومعرفة التعديل أي المعرفة الصريحة explicit Knowledge حول الكيفية التي ينبغي فيها التصرف بدقة وفي أية حالة، ما زالت في كل الأحوال مليئة بالثغرات. أما معرفة التوضيح explanation Knowledge، أي المعرفة حول منشأ الاضطرابات النفسية

عموما والمشكلات الخاصة (وأيضا ليس فقط اضطرابات نفسية منفردة بتشخيصات محددة)، فإنها تستخدم في الغالب كمعرفة خلفية، من أجل تطوير استراتيجيات تعديل في الحالة الفردية، بغض النظر عن أنها لابد أن تكون متيسرة بالنسبة إلى معلومات المريض (التوعية النفسية) كأساس للمشاركة باتخاذ القرار الفاعل والتعاون الفاعلين.

وحدها الأسس الإمبيريقية حول فاعلية الأساليب العلاجية المختلفة اتسعت بشكل ضخم، بحيث قلما يستطيع حتى الخبير نفسه الإحاطة بها والممارس لا يستطيع على الإطلاق. وتسعى مؤسسات مثل "مؤسسة كوتشران Cochrane-foundation أو "المعهد الوطني للمهارة الإكلينيكية National Institute of Clinical Excellence اختصار NICE إلى المساعدة في استخدام دراسات الفاعلية على أعلى مستوى (Caspar, 2006a). إلا أن الممارس ذو التوجه الإمبيريقي لا يرى ببساطة إمكانية أخرى غير الاسترشاد بالتعليمات، التي تقوم في العادة بالتبسيط ولا يمكن تطبيقها على المرضى منفردين إلا بشكل محدود.

وما زال الحصول على المعرفة التصريحية declarative أسهل بالمقارنة؛ إلا أنه إلى جانب هذا نحتاج إلى معرفة إجرائية procedural، أي المعرفة حول الكيفية التي يتم فيها عمل شيء ما. وهذه المعرفة لا يمكن تعليمها ببساطة، إذ لا بد من الاندماج الجيد من أجل أن يصبح الإنسان فاعلا في تصرفه، وهذا أكثر صعوبة.

وإلى المعرفة المتوفرة عموما تضاف بالنسبة إلى كل ممارس معرفة خبراتية شخصية (الخصوصية idiosyncrasy[1])، والتي يمكن أن تكون منسجمة قليلا أو كثيرا مع

---

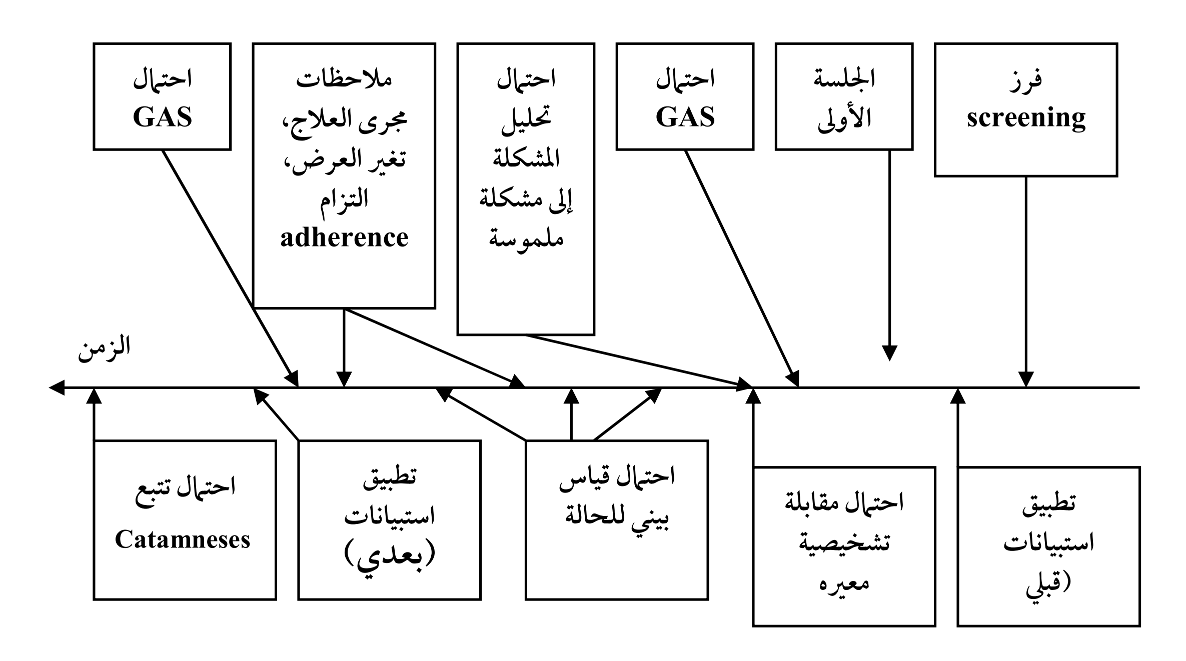
(1) – المعرفة السائدة أو المعرفة الشخصية تأتي بدرجات مختلفة من الوضوح: معرفة التصرف والمعرفة الحدسية والمعرفة المفاهيمية تشكل بداية معا المعرفة المتيسرة ذاتيا لشخص ما.

– المعرفة الشخصية هي المعرفة التي يمتلكها الفرد بطريقة حدسية أو فعالة أو سلبية. وهي ليست متغيرة ثابتة وراسخة، وإنما يقوم تقوم على بنى ديناميكية تطلق عليها تسمية البنى الاستعرافية.

– المعرفة الشخصية هي المعرفة التي يمتلكها الفرد لوحده وهي ليست متيسرة إلا بشكل فردي ولا تكون مدركة للفرد إلا بدرجات مختلفة.

المعرفة "الرسمية" الإمبيريقية المكتسبة علميا. وبسبب الصدى الأكبر للمعرفة الشخصية idiosyncrasy Knowledge فإنه كثيرا ما يكون لها تأثير أكبر من المعرفة " "الرسمية"، التي تتميز بشكل عام وعلى العكس من المعرفة الشخصية بأنها تبدو أقل فهما في النشوء والصدق والأهمية في الاستخدام بالنسبة إلى الفرد.

والنموذج البسيط نسبيا لأهمية التشخيص في العملية التشخيصية، القائم ضمنيا على الأقل على أساس مبدأ خاص بالاضطراب ملتزم بضبط الفاعلية قد يبدو على الشكل المعروض فيه في الشكل (3).



الشكل (3): عملية استقصاء المعلومات التشخيصية، كما هو مألوف في العلاج السلوكي الخاص بالاضطراب

ويمكن داخل الوحدات التشخيصية أيضا يمكن أن يكون أخذ طبيعة العملية بعين الاعتبار مهما. وعليه فإننا قلما نتوقع الحصول على معلومات صادقة إذا تم سؤال المريض أو ربما حتى أطره المرجعية من دون نوع من بناء العلاقة ومن دون بناء ما يسمى بالجو التعاوني (التحالف joining). وكما هو الحال في الاتصالات الاجتماعية عموما فإن الاتصالات للأغراض التشخيصية تتبع نوع من المجريات المنتظمة.

ويتبع مجرى العمليات العلاجية التشخيصية في العلاج السلوكي حسب فليغل (Fliegel,2004, P.158) مبدأ حل المشكلة، يتم فيه تشبيك الأجزاء التشخيصية والعلاجية مع بعضها البعض بشكل لا ينفصل:

1- وصف المشكلة: ما اسم المشكلة؟

2- تحليل المشكلة: ما هي الأسباب المحافظة على استمرارية وجود المشكلة الراهنة.

3- تحليل هدف العلاج المرجو (الهدف العلاجي الذي ينبغي تحقيقه): ما الذي ينبغي التأثير فيه من خلال العلاج، ما الذي ينبغي تحقيقه؟

4- التخطيط للأساليب الواجب استخدامها بشكل مفيد لتحقيق الهدف العلاجي وفي أي تسلسل علاجي ينبغي استخدامها، لتحقيق أهداف العلاج؟

5- تنفيذ التدخلات العلاجية.

6- تجريب وتقويم الخطوات المنجزة.

ومن السمات المميزة للعلاج السلوكي (والذي قد يستخدمه في كل الأحوال ممثلو المبادئ الأخرى)، هي الضبط المستمر لتأثيرات العمل العلاجي وللحالة الراهنة للمريض: "يعني ضبط النجاح أو العلاج في العملية العلاجية التشخيصية... بالدرجة الأولى التقدير/القياس المستمر للتغيرات في السلوك والمشكلة بوصفها استجابة للتدخلات العلاجية" (Fliegel, 2004, P. 167).

ويعد ما يسمى بالعملية العلاجية في العلاج السلوكي "عملية إعادة اختبار وتغذية راجعة" (Fliegel,2004, P.158)، حيث تعطى للمريض إمكانية تتبع عملية التغير الخاصة به بمقدار كبير. وبهذا يسير التشخيص بالتوازي مع العلم أنه من الممكن أن توجد فروق في شدة الميل إلى مظاهر محددة. ففي نموذج داولن Daulen يرسم شولت وآيفرث (Schulte & Eyferth, 2002) مراعاة قوية ممكنة للعلاقة، إلا أن المرء يهتم بها بشكل خاص عندما تظهر مشكلات. بالمقابل نجد في العلاج النفسي العام[1] (Grawe,1998) مراعاة شديدة لمظاهر العلاقة منذ البداية وحددت لها شدة مستمرة.

ويتوقع ألا تكون هناك فروق كبيرة قائمة بين الاتجاهات العلاجية المختلفة في كونها تخضع لعملية مستمرة من إعادة الاختبار. إلا أن الفروق قد تكمن في نوع التغذية الراجعة الملتمسة، وفي المتغيرات وفي نوع المراعاة. ففي العلاج النفسي المتمركز حول الشخص (التقليدي) تولى لملاحظة نجاح الإجراءات العلاجية الملموسة والهادفة عناية أقل تقريبا، ويعطى اهتمام أكبر لتحقيق نوع من استمرارية المبادئ الأساسية العلاجية المهمة. وهذه تتم مراعاتها بشكل أقرب للخطي، على العكس من التخطيط الأكثر استراتيجية للمعالجين السلوكيين. وتتعلق مضامين ومن ثم أيضا مجرى ووقت العمل التشخيصي بتصورات المعالجين بشدة. فالمعالج "التجريبي Experiential" سوف يركز اهتمامه بقوة واستمرار على الحدث الراهن وعلى والتقلبات الدقيقة في العملية، والمعالج المنظومي سوف يركز على التغيرات في التفاعلات في المنظومة، كالأسرة على سبيل المثال .

وكذلك في العلاج النفسي الأعماقي توجد مجريات نمطية. وعليه يصف لوبورسكي (Luborsky,1984) بأن المرضى المختلفين يحتاجون إلى أشكال مختلفة من الدعم. ويترك الخيار بوضوح فيما إذا كان المعالج يختار بناء على معارفه التشخيصية منذ البداية شكلا نوعيا من الدعم، أو فيما إذا تدخل بشكل هادف في المقصد التشخيصي، لاختبار الشروط للتفسير المباشر، أو يبدأ بصورة معيارية، ويجمع بهذا معارف تشخيصية بشكل

---

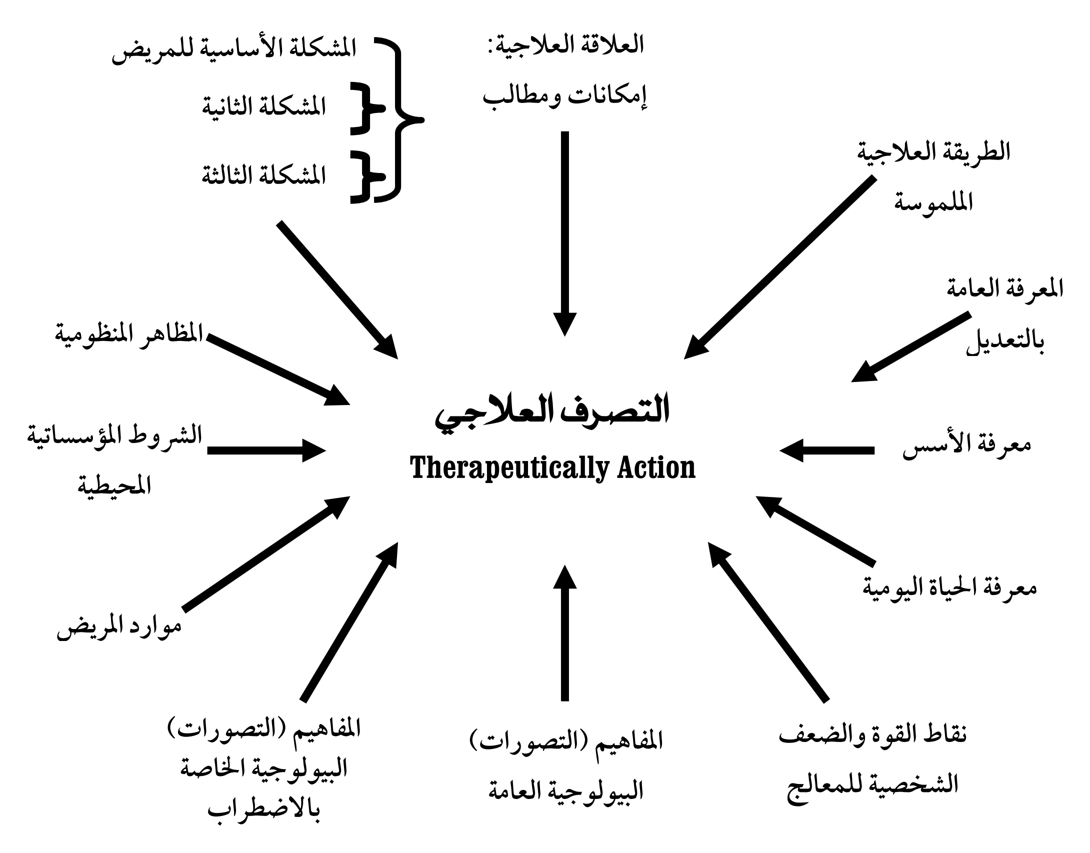
(1) قارن مستقبل العلاج النفسي: معالم علاج نفسي عام، ترجمة سامر جميل رضوان، منشورات وزارة الثقافة، 1999.

هادف أقل ويكيف نفسه عند الضرورة. وكذلك توجد في مساهمات حديثة دلائل على سمات عملية التشخيص. وعليه يشير ميرتنز (Mertens,2005)، إلى أن الانتباه المستمر لعلامات المقاومة يعد سمة خاصة من العلاج السيكوديناميكي. عدا ذلك فإن التحفظ بشكل خاص هو ما يميز العملية التشخيصية التحليلية النفسية:

"بعد الأسئلة التمهيدية (ما الذي أتى بك إلي"؟ على سبيل المثال) تترك للمريض دور المحدث الفاعل. فلا أسئلة معيارية، ولا تصويرة استقصاء ولا تعليمات للمقابل (الذي يجري المقابلة) هي التي تميز الجلسة، وإنما المريض يقرر لوحده الإخراج. وفي كل الأحوال وبين الحين والآخر فإن الأسئلة الاستفسارية للتمكن على التعرف على الأهمية الشخصية للمعلومات الموضوعية، قد تكون لفترة طويلة هي النوع الوحيد من التدخلات (الكلامية)، التي يقوم بها المحلل". (Mertens,2005,P.34).

ويعد "نموذج البناء الجديد New Construction Model" لكاسبار وغراوه (Caspar & Grawe, 1996: Caspar, 2000a)، نموذجا عاما لتنظيم الأداء العلاجي يتم التأكيد فيه من حيث المبدأ على المراعاة المستمرة لعدد كبير من المظاهر من دون تحديد للمراحل وتحتل فيه الفاعلية التكيفية adaptive Indication وزنا كبيرا. وطبقا لهذا النموذج فإنه لا بد باستمرار مراعاة عدد كبير من العوامل أو المظاهر، وإن كان الأمر بأوزان مختلفة. ففي جزء من هذه المظاهر يتم الرجوع إلى المعرفة الراسخة (نسبيا)، في حين في مظهر آخر يتم اشتراط موقف مستمر من البحث التشخيصي. وتتباين كثافة معالجة المعلومات التشخيصية في مجرى العلاج؛ ففي البداية وفي مراحل إعادة التوجه (ظهور أهداف جديدة، ظهور "المقاومة"...الخ) يطالب التشخيص في العادة بجزء أكبر من المعالجة الكلية للمعلومات التشخيصية. وعلى الأقل فإن تسجيل المعلومات الخام التي يمكن أن تكون مهمة تشخيصيا واختبار تناسبها مع الرؤية القائمة حتى الآن تجري بالتزامن. وبهذا فإن هذا النموذج يتضمن مضامين implication قوية للعملية التشخيصية التي تصبح بهذا أكثر استمرارية (قارن شكل4).

ويذهب كاسبار وغراوة (1994) من أن نموذج العمل هذا أكثر معقولية وفائدة من نماذج أخرى معيارية وشديدة التبسيط، لأنه أقرب ما يناسب لما يقوم به المعالجون الخبيرين في كل الأحوال. إلا أنه لابد من القول حول هذا بأن النماذج المفترضة كلها تعاني من أننا مازلنا بعيدين جدا عن المعرفة الإمبيريقية الكافية، حول الكيفية التي يفكر أو يشعر فيها الممارسون بالفعل في المواقف الواقعية. والثغرات قد بدأت بالتناقص ببطء شديد. فالنماذج المفترضة ترسم على شيء مازال غير معروف كفاية على الإطلاق، وبهذا فقلما يستطيع الإنسان توقع تحقيق نتائج مثالية.



الشكل (4): نموذج البناء الجديد للتصرف العلاجي

ويعد التمثل الحدسي للمعلومات (المعالجة الحدسية للمعلومات) مثالا جيدا على هذا. فالموقف التقليدي حول ذلك هو أن الحدس سيء ولا بد في سبيل التمهين من استبدال المنطق Rationality بالحدس. إلا أن هذا الموقف يقوم على نوع من اليأس المفاهيمي لعلم النفس العلمي تجاه الظاهرة أكثر مما يقوم على فحص قدرات أداء الوسائل modality المختلفة تحت الشروط الواقعية للعمل (Pascual-Leone,1990; Caspar,1997): فلا يمكن تجاهل أن كثير من الإنجازات (الأداء) الإكلينيكية (مثل التعرف على النمط، اتخذا القرار تحت عدم التأكد وضغط الوقت...الخ) قلما يمكن أن تتم من دون أجزاء حدسية. لهذا على النماذج المفترضة أن تركز أكثر على مسألة كيف يمكن توليف الأنواع المختلفة من معالجة المعلومات مع بعضها بطريقة مفيدة. والخصائص الفردية في معالجة المعلومات بكل حسناتها وسلبياتها لم تحظ بالاهتمام الكبير في البحث الراهن. وهنا لابد من التعويض في المستقبل (Caspar, 1997;2006a,b) .

6.2 مقترحات عامة لتحسين الأداء التشخيصي

هناك ثلاثة أفكار تبدو منطقية لتحسين الأداءات التشخيصية غير المرضي عنها في الغالب – كما عرضنا في الفقرة(3.2):

1- تقديم نموذج افتراضي ملائم
2- إجراءات خاصة للوقاية من أخطاء محددة
3- التأهيل الهادف للقدرات التشخيصية

وقد تم التعرض للنماذج المفترضة العامة. وسوف نتعرض فيما بعد في فقرة لاحقة للتأهيل. أما هنا فسوف نعالج مسألة إلى أي مدى يمكن تحسين الأداءات التشخيصية من خلال إجراءات خاصة. وتمثل محدودية استبطان المعالجين عائقا جديا: فهم لا يستطيعون إعطاء معلومة حول ما الذي يجري فيهم، إلا بصورة محدودة جدا.

وممثلو المبدأ الإحصائي لم يهتموا فقط بالمقاربة الوصفية التي يمثل فيها تصوير

الأحكام في قيم كمية ميزة كبيرة بالنسبة إلى الباحثين في مقارنة ملاحظات متعددة؛ وإنما من الممكن أن يكون اهتمامهم قد انصب على المنظور الافتراضي Prescriptive Perspective أيضا. على أية حال فقد أشار بينجامين فرانكلين Benjamin Franklin[1] على أصدقاءه باتخاذ القرارات على أساس "الجبر المتعقل prudential Algebra". وهذا ينسجم كلية مع الأفكار الحديثة:

"If the equation outperforms the judge…the Judge can, bootstrap' himself -achieve a better performance -by replacing himself with this equation' (Dowie& Elstein, 1988, P.8)

إذا تجاوزت المعادلة المحكم...يستطيع المحكم أن ....نفسه - ينجز أداء أفضل- بأن يستبدل نفسه بهذه المعادلة"

وربما قد يكون هذا مزعجا أيضا للمشخص الإنساني. إلا أنه توجد كذلك ريبة قديمة تجاه مثل هذه النماذج: فقد ناقش ويليم جيمس تحت مصطلح "خطأ القياس quantification Error" معارضا الفرضية المتمثلة في أن المواضيع المعقدة يمكن تفصيلها في أرقام بسيطة. وما زالت هذه الريبة منتشرة حتى اليوم.

تحدد المقاربة الإحصائية statistical approach شروطا واسعة فيما يتعلق بقابلية الفئات للاستخدام على كل المرضى ونوعية البيانات. فالمبدأ الإحصائي لا يمكن تطبيقه في كل المواقف على الإطلاق، وهذا لا يتعلق في الآخر بأنه قلما يتم استخدام النماذج الإحصائية بشكل صاف. إلا أنه بهذا لا يتم بشكل كاف توضيح لماذا يتصرف الناس "خطأ" ليس بشكل عفوي (بالنسبة إلى النماذج الرسمية formal Models in approach to ") فحسب، وإنما حتى عندما يتم تنبيههم لذلك، يريدون البقاء على السلوك "الخطأ". ومثل هذه الملاحظات كانت سببا لنقاشات مفعمة حول وضع النظرية وحول فهمنا معنى أن يكون منطقيا".

---

(1) سياسي وعالم أمريكي قام بتجارب متعددة في مجال الكهرباء.

"have occasion much lively debate about the status of the theory and of our understanding of what it means to be rational" (Dowie& Elstein,1988, P.19).

وممثلو المبدأ الإحصائي عنيدون: فحتى في النتائج نفسها فإن المبدأ الإحصائي متفوق، لأنه أرخص. فهو يعيش من دون جلسات الفريق المكونة من إكلينيكيين ذوي أجر عال؛ إذ يمكن لمساعد أو برنامج كمبيوتر أن يتخذ القرارات (Grove et al., 2000).

ومن البديهي توقع بأنه يمكن تخفيض الأخطاء، إذا تعرف المرء بداية عليها وانتبه إلى ألا يرتكبها. إلا أن التطبيق المتسرع للمعارف الإمبيريقية في المجال العملي ألحق إلى حد ما الأذى بسمعة العلم في مجال الحكم الإكلينيكي Clinical Judgment ، لأن الإكلينيكيين يستجيبون مفاهيميا بحساسية، عندما يتم بقوة تقليص موقف أداءهم المركب - على الأقل وفق إحساسهم- إلى مظاهر منفردة وبدلا من ذلك يتم تقديم اقتراحات، لا تنعكس نتائجها على الأداء الكلي كثيرا، ناهيك عن أنها مفحوصة بأسلوب الصدق الخارجي.

وقد قام فاوست (Faust, 1986) بإجراء تمييز بين الأخطاء، حيث ميز بين"العادات السيئة لعمل الشيء الخاطئ (P.422) bad habits of doing the wrong thing" مثل الاستخدام السيئ للنسب الأساسية، والقياس المحمل بالأخطاء للتباين المشترك والتحيز المؤكد confirmatory bias وبين "عدم القابلية لعمل الشيء الصحيح inability to do the right thing". كلا النوعين من الأخطاء يحتاجان إلى الانتباه المنهجي للاستراتيجيات الهادفة، من أجل تخفيض احتماليتها. أما مقاربات التحسين التي تهتم بكلا النوعين من الأخطاء فهي ليست معروفة لدي.

يشير كل من كابلان وفروش (Kaplan & Frosch,2005) إلى دراسات بعد تنبيهها للأخطاء لم تمنع الاستمرار بارتكاب الأخطاء نفسها. وقد وصف آركس (Arkes, 1981) تسمية التحيزات Biases ، بالارتباط مع المطالب بعدم عمل الأخطاء، بأنها "بلا قيمة على الإطلاق absolutely worthless" (صفحة 326). وقد أثبتت المطالب بإنتاج بدائل

فاعليتها؛ فالسؤال البسيط: "هل يمكن أن يكون الأمر مختلفا"؟ يبدو أنه يعد من الإجراءات الأكثر فاعلية في تجنب الأخطاء .

ومن الممكن لدراسة مصادر الخطأ العامة أو أسباب التشويه أن تكون قد قادت لنتائج ملموسة: وعليه فقد كانت في منظومات التشخيص الفئوية السابقة الاضطرابات الشديدة موضوع اتفاق بين المحكمين. وفي التعديلات ظهر اتضح التأثير السلبي لتوجه نحو النماذج التصنيفية المرضية nosological، أو بشكل أعم التوجه النظري للمعالجين. والتخلي المعروف عن التصنيف المرضي Nosology أسهم في رفع الاتفاق بدرجة كبيرة، إلا أنه قاد من جهة أخرى إلى تناقص الفائدة العملية بالنسبة إلى أولئك المعالجين الذين من الممكن أن يكون تصنيفهم المرضي Nosology قد كان مناسبا بالنسبة إلى اضطراب ما أو لمريض ما. وبما أن التصنيف المرضي Nosology مهم في الممارسة العملية وليس من السهولة التخلي عنه فقد قاد هذا إلى ألا تلعب منظومتا التشخيص الدي أس أم والآي سي دي DSM & ICD في الممارسة دورا كبيرا أو تم التشكيك بأهميتها بشكل فاعل، أكثر من أن يقود إلى التخلي عن التصنيف المرضي.

ومن المعروف أن نصف الكأس يظل ممتلئا إذا كان نصفه فارغا: فنحن لم نمض بعيدا جدا بعد فيما يتعلق بتطوير النماذج الافتراضية المنهجية الجديرة بتعقيد العمل التشخيصي العملي، والقائم على أساس المعارف الإمبيريقية. بالمقابل توجد فيما يتعلق بإجراءات محددة تعليمات تصرف ربما تكون ملائمة لتحقيق أداء تشخيصي جيد على الأقل. ومن بينها على سبيل المثال تعليمات استخدام فئات الدي أس أم والآي سي دي DSM & ICD وتعليمات استخدام وتقويم وتفسير استبيانات معينة أو النماذج الافتراضية لاستنتاج مفهوم الحالة مع التأكيد على الغرس في السياق وكذلك السياقات التفصيلية للمشكلات المنفردة (التحليل المصغر والموسع Micro-and Macro-analyses ، التحليل الوظيفي للسلوك: (قارن الفصل الرابع من هذا الكتاب؛ وتخطيط التحليل الفصل السادس). وهذا الكتاب مليء كله بالإشارات المفترضة Prescriptive ، الملائمة من أجل المساهمة في تحسين العملية.

6.3 تشخيص السمات

سنتناول تشخيص السمات بشكل سريع بالمقارنة: إذ يمكن أن يتم قياس السمات ببساطة ومباشرة بالتشخيص القياسي. وهنا تساعد البطاريات القياسية Standard batteries . وإذا ما تعلق الأمر بتشخيص الاضطراب فإن المقابلات المعيرة مفيدة. حتى عندما لا يستطيع الممارسون تطبيقها بالدقة المطلوبة، إلا أن المعارف الجيدة لهذه المقابلات تساعدهم على عدم ارتكاب أخطاء وخيمة جدا في استقصاءاتهم وتفسيراتهم للنتائج.

المهم بصورة خاصة في عملية التشخيص استخدام أدوات التشخيص بصورة يتم فيها تحقيق الحد الأعلى من الصدق. وبهذا يفترض للجو المقدر الضامن للثقة أن يكون بديهيا. فلدى المرضى الزوريين على سبيل المثال لابد في بعض الأحيان، حتى وعند عدم توفر قياس قبلي، الانتظار إلى حين اختفاء الزور الظاهر. وإذا ما كانت الظروف (كالإقامة الإجبارية في المستشفى على سبيل المثال) أو الاضطرابات (تعبئة الاستبيانات لتقديس المعالج مقابل عقابه من خلال بعض المرضى الحدوديين) تحد من الصدق فلا بد من أن يتم ذكر ذلك في التفسير.

6.4 مفهوم الحالة

يرى ييلز (Eells,2001) بأن مفهوم الحالة Case Conception هو المهمة الإكلينيكية المركزية. فالمفهوم الجيد للحالة يساعد على تنظيم المعلومات المركبة والمتناقضة أحيانا وتنمية التعاطف انبثاقا من تفهم المريض. إنه أساس التخطيط للعلاج ويساعد في استخلاص التعديلات. وهو خاضع لتحولات دائمة، في أثناء تقدم العلاج واستجابة المرضي للتدخلات التي تم اشتقاقها من النسخ المعدلة الأبكر من مفهوم الحالة.

ويصف ييلز (Eells,2007) كذلك بناء مفهوم الحالة: إنه يتضمن معلومات وصفية تبنى عليها فرضيات المفهوم، والتوصيات الافتراضية الناجمة عن الفرضيات. وتتضمن المركبات الوصفية "الوقائع" المركزية للشخص. وعلى الرغم من أن اختيار "الوقائع"

لا يمكن أن يحدث من دون تأثير الشروط على الإطلاق، فإنه من المألوف ألا يشمل هذا المجال محاولات تفسير. ويفترض للمركبات الافتراضية أن تنبثق مباشرة عن الوصوفات والفرضيات وأن تقترح خطة لعلاج الفرد. وتتعلق الفئات النوعية لمفهوم الحالة بالمبدأ المعني الذي يسترشد به المعالج. أما الفئات الممكنة فهي: الأعراض والمشكلات، والأحداث المثيرة، مفاهيم الذات ومفاهيم الآخر، التصرفات البين شخصية اللاتكيفية، طرق ضبط الأفكار والانفعالات، نقاط القوة والموارد، الرغبات والمخاوف، الأسباب الجسدية، تأثيرات المحيط. ويتم تسهيل تطوير مفهوم الحالة من خلال امتلاك المعالج لفئات مسبقة في ذهنه، يتم تعبئتها بالمعلومات من المريض أو الآخرين (الأقارب على سبيل المثال) (Eells, 2001).

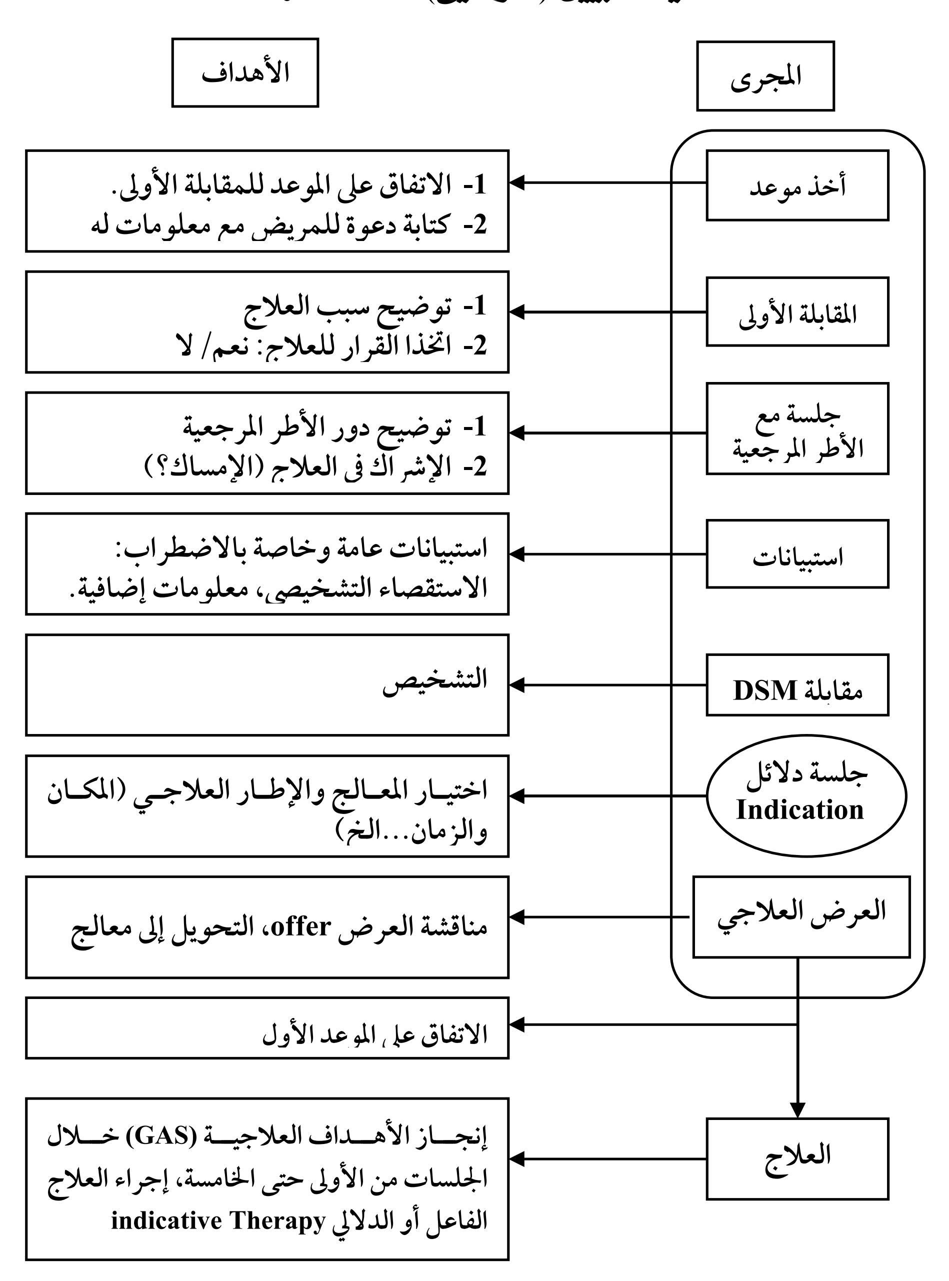
ويتضح من خلال هذا الوصف بأنه في مفهوم الحالة تصب بوضوح معارف وتفسيرات المعالجين أكثر مما هو الحال في تصنيف السمات البسيطة ومن ثم فإنه من الممكن أن يفتح الباب هنا وبشكل مقوى للتشويهات. إلا أنه في الوقت نفسه من الواضح أيضا أن أخطاء العلاج قد تحصل عندما لا يحصل الكثير من الاستثمار في مفهوم الحالة. ففي ثلاثة من الإخفاقات التي تم عرضها في ندوة حول "العلاجات السيئة" رأى المعالجون في نقد ذاتي (بصورة مستقلة ومن دون أن تكون هذه الرؤية قد أقحمت عليهم من الخارج)، أنه لو حصل استثمار أكبر في مفهوم الحالة لما حصل الفشل. وأخيرا لابد من ملاحظة أن مفاهيم الحالة ليست ثابتة وإنما يمكن أن تتغير في مجرى العلاج بوضوح من خلال الإكمالات والتصحيحات: فإذا احتوت على أخطاء فهناك فرصة جيدة من خلال الغرس في العملية العلاجية لأن يتم تغييرها من خلال المعلومات الجديدة وعدم حصول التأثيرات التدخلية التي تم اشتقاقها منها...الخ.

ولم تدرس حتى اليوم قدرة المعالج على إنجاز مفهوم جديد للحالة كثيرا. ويعد كل من ييلز وكيندجيليك ولوكاس(Eells, Kendjelic & Lucas, 1998) التوازن الجيد بين الملاحظات والتفسيرات أمرا أساسيا. وربما يفيد التذكير بسمات الخبيرين التي

صاغها غلاسر وشي (1988) في توضيح أن الاستثمار في مفهوم الحالة يبدو مثمرا: النتيجة القائلة أن الخبراء يطورون مفاهيم مركبة أكثر للحالة وأنهم يتصرفون في المفاهيم المختلفة للحالة بثبات ومنهجية أقوى من المبتدئين يجعلنا نفكر بنتيجة من أبحاث الخبيرين القائلة بأن يقدموا مشكلة ما في مجالهم على مستوى أكثر مبدئية أو "أعمق" ويدركوا الأنماط المهمة الشاملة. وحتى الأداء السريع للمهمات للخبراء يطابق وصف غلاسر وشي.

أما المشكلة الأساسية في تحسين نوعية مفهوم الحالة فتتمثل في أنه في مفاهيم الحالة في العادة تكون إمكانية التحديد الإجرائي، لما هي الرؤية الصحيحة، أقل وضوحا مما هو الحال في تشخيص الأعراض على سبيل المثال. وحسب خبراتنا فإن المقارنات المتكررة، داخل المجموعات الصغيرة على سبيل المثال مفيدة عند تعليم مفهوم الحالة. بالإضافة إلى ذلك لابد مرارا من "الرجوع" من أجل التساؤل، فيما إذا كان المستنتج يطابق المريض أم فيما إذا كان هناك شيئا مهما ناقصا. فمن المفهوم أن يركز المرء مرارا في البداية على سبيل المثال على الجوانب الإشكالية في إنتاجية المريض، إلا أنه لابد لاحقا على الأقل من الاستكمال من خلال منظور الموارد.

وتعد المشاركة لعدة أشخاص بالإجراء procedure طريقا جيدا لرفع نوعية التشخيص والفاعلية، وهو عمل أكثر تكلفة إلى حد ما مما هو مألوف في أغلب العيادات العلاجية النفسية (قارن شكل 5). وينصح بمثل هذا الإجراء في العيادات التأهيلية على الأقل، حتى عندما لا يكون المرشحون قادرين على تحقيق مثل هذا الإجراء في عياداتهم لاحقا: فالمشاركة لبعض الوقت في عيادات التأهيل بمثل هذه العمليات يمكن أن تسهم في تدريب القدرة على الحكم وهذا يعد مكسبا بحد ذاته، هذا إذا لم يكن شرطا لممارسة لاحقة مبسطة، ولكن مع ذلك جيدة نوعيا.



شكل (5): عملية التبيين في بعض العيادات الخارجية العلاجية عن غراوة (Grawe,1998)

7. التأهيل

في التأهيل العلاجي النفسي المألوف يتم تقديم معرفة تشخيصية حول الاضطرابات المختلفة وحول الأساليب التشخيصية أو المبادئ المختلفة لمفهوم الحالة. وقد تم توسيع هذه الأساليب انطلاقا من التحليل النظري التعلمي التقليدي أو حتى من التصورات السيكوديناميكية باستمرار. ففي العلاج السلوكي تم على سبيل المثال إيلاء "متغيرات العضوية أهمية كبير، كما ترك "الانقلاب الاستعرافي" أثره، وبالمقدار نفسه نظريات التصرف Action Theories وفيما بعد تطويرات لاحقة أخرى. فمن تحليل S-R-C (المثير-الاستجابة-العاقبة S: Stimulus → R: Reaction → C: Consequence) انبثق تحليل S-O-R-C-C ، (المثير-العضوية-الاستجابة-المصادفة[1]-العاقبة S: Stimulus →O :Organism→ R: Reaction → C: Contingence→ C: Consequence) وأضيف تحليل الخطة والتصويرة[2]- ABC (ABC-Plan and Schema Analyses) (قارن كابلان في الفصل الرابع والسادس من هذا الكتاب). كما وأن المبادئ السيكوديناميكية قامت بتنظيم التشخيص القائم على العلاج من خلال منظومة التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي Operationalize Psychodynamic Diagnostic وتختصر إلى OPD (قارن الفصل الثامن من هذا الكتاب). ومؤخرا هناك مطالب بتوجيه الاهتمام أكثر إلى البيولوجيا العصبية Neurobiology. ومما لاشك فيه فقد كانت التطورات مهمة، إذ تم إزالة النقص الضخم. ومع ذلك فإن المبادئ لا يمكن توسيعها كيفما اتفق. فعلى الرغم من أن مرشحي التدريب الذين يتعلمون بشكل خاص تحليل التصويرة Schema-Analyses، يتعلمون أيضا التحليل الوظيفي النظري التعلمي، إلا أنهم لا يتمرنون عليه بتوسع مثل المرشحين الذين يعد هذا التحليل جزءا أساسيا من تأهيلهم. ويشكو ميش (Mesch, 20000)، وبانسجام كلي مع مخاوف المؤلف، من أن الإكلينيكيين الذين يسود في تأهيلهم

---

(1) احتمال التلاقي أو التماس بين مثير معين واستجابة محددة.

(2) من الشائع ترجمتها بالمخطوط أيضا، ونفضل ترجمتها إلى التصويرة.

التأهيل البيولوجي العصبي يسيطرون بشكل أسوأ على تحليل العوامل الاجتماعية النفسية وعليه فإن المرء لا يستطيع أن يقبل دائما مظاهر أخرى من دون "أضرار" على ما هو قائم. وعلى أية حال على المرء أن يأخذ هذا بعين الاعتبار، حتى وإن كان لا يمكن ليس إيقاف التطور فحسب وإنما لابد من تقييمه عموما بشكل إيجابي، لأن القبول بمظاهر أخرى يفتح الطريق إلى مساحة واسعة من إمكانات التدخل ويقود من خلال ذلك إلى إمكانية المقاربة الملائمة للمرضى.

إلا أن المشكلة الأكبر تكمن في مكان آخر: فالتأهيل العلاجي النفسي بما في ذلك أجزاءه التشخيصية مازال حتى اليوم يقوم في جزء كبير منه على توصيل المعرفة التقريرية[1] declarative، أما الإجراءات procedures فعلى الرغم من أنه يتم تعليمها أيضا إلا أن ذلك يتم بصورة قليلة على سبيل المقارنة. وتشير نتائج أبحاث الخبراء أن الأداءات الاستثنائية للخبراء لا تعزى لفروق في المعرفة المضمونية إلا بشكل طفيف فقط وإنما تعزى بشكل أساسي إلى عمليات جارية أخرى. إلا أن تعلم العمليات وتعديلها أصعب من تعلم وتعديل المضامين (قارن سابقا المعرفة التقريرية مقابل المعرفة الإجرائية). وحتى عندما يتم التدريب على تمارين لتطوير مفاهيم الحالة

(1) أ- المعرفة التقريرية (Declarative Knowledge): وهي تنطوي على الحقائق وتعبر عما هو معروف في مجال معين وتجيب عن السؤال ماذا (Why)، أي الوعي بالمهارات والاستراتيجيات والمصادر اللازمة لإنجاز المهمة.

ب- المعرفة الإجرائية (Procedural Knowledge): وهي تجيب عن السؤال كيف (How)، وتتعلق بالإجراءات المختلفة التي يجب أن تؤدى لتحقيق المهمة، مثل التخطيط للحركة القادمة، واختيار الاستراتيجيات، وتحديد الوقت المناسب، وتحديد الجهد المطلوب، والمراجعة والتغيير إلى استراتيجيات أخرى لإزالة مشكلات تعترض الأداء. إن هذه المعرفة تتضمن الإلمام بمعلومات إجرائية مثل: كيف يمكن للطالب أن يتصفح كتابا بسرعة؟ أو كيف يمسحه (Scan)؟ أو كيف يلخصه، أو كيف يستخلص معلومات غير واردة بوضوح في النص. وتعد المعرفة الإجرائية ذخيرة من السلوكيات المتوافرة لدى الفرد تساعده في الوصول إلى أهدافه المختلفة.

ج- المعرفة الشرطية (Conditional Knowledge): وهي تجيب عن السؤال لماذا (Why) تم اختيار أو استخدام استراتيجية ما؟ أو متى يمكن استخدام استراتيجية ما بدلا من أخرى؟ مثل متى تتصفح الكتاب ؟

والمناقشة المباشرة نسبيا للعمليات في المراقبة (الإشراف الخارجي Supervision) ، فإن المعالجين تحت التأهيل يتركون لوحدهم إلى مدى بعيد في تطوير العمليات. فالمرء يعلم ما هو أسهل على التعليم (بما في ذلك المعرفة التقريرية والمفترضة حول العمليات: "هكذا عليك التصرف!") ويأمل (بمقدار ما تكون أهمية العمليات مدركة عموما، أن تتطور هذه من تلقاء نفسها). وليس هناك دراسة وحيدة معروفة لي قد تظهر بأن على سبيل المثال الإشارة (المعرفة التقريرية) لماهية الأخطاء التي ينبغي عدم ارتكابها، قد قادت إلى القليل من الأخطاء وتحسين الأداء. ويوضح تصور الممارسة المتعمدة (المتأنية، المتقنة) Concept of deliberate practice (Ericsson, Krampe& Tesch-Roemer,1993) بأن توصيل المعرفة التقريرية ليس هو الإمكانية الوحيدة.

ففي كثير من المجالات المختلفة (كالشطرنج والموسيقى الرياضيات والرياضة والتشخيص الطبي) توجد دلائل على أنهم يحتاجون إلى عشر سنوات أو أكثر من التحضير ليصبحوا خبراء (Ericsson, et al., 1993). إلا أن تكرار النشاطات خلال فترة زمنية لا يكفي وحده لتنمية قدرة ممتازة على الأداء: فحسب مجموعة عمل إيركسون Ericsson فإن الممارسة المتعمدة (المتقنة) ضرورية لهذا، أي التمرن practice الهادف المنهجي. والمهم هنا هو مضامين[1] connotation الممارسة في الإنجليزية Practice و في الألمانيةPraxis: ففي حين هناك فصل للممارسة (بالألمانية Praxis) عن التمرن "الصنعي artificial" فإن الكلمة الإنجليزية practice تتضمن الممارسة والتمرين معا (Caspar,2005). وبالفعل أرى أنه من الوهم الاعتقاد أن كل مظاهر أو أجزاء معالجة المعلومات يمكن تعلمها في الممارسة الواقعية (Casper,2003,2005).

ولوصف الممارسة المتقنة deliberate Practice يشير إيركسون وزملاءه إلى أربعة شروط لابد من توفرها من أجل التعلم الأمثل وتحسين الأداء على أفضل وجه:

---

(1) الدلالة أو المعنى الإضافي الذي يحتويه المصطلح أو الكلمة علاوة على معناها الأصلي.

1- تعد دافعية المتعلم نحو الاهتمام بالمهمة والبذل في سبيل تحسين الأداء ذات أهمية حاسمة.

2- لابد أن يكون تصميم المهمة متناسبا معه المعرفة القائمة للمتعلم، بحيث يمكن فهم المهمة بعد تعليمات مختصرة بصورة صحيحة.

3- على المتعلمين أن يحصلوا على تغذية معلوماتية راجعة.

4- على المتعلمين أن يستطيعوا تنفيذ المهمة نفسها أو مهمة شبيهة بشكل متكرر وأن يستطيعوا تصحيح الأخطاء.

وتتيح الممارسة الإكلينيكية المألوفة القليل جدا من التغذية الراجعة المناسبة، لتحسين الكفاءات وللفت النظر للعادات الضارة. ولا يتوقع كثيرا من الممارسة (العيادة) نفسها أن تتيح فرصة الممارسة المتقنة، إلا بشكل محدود جدا.

فإلى أي مدى تسهم برامج التأهيل في تنمية القدرات التشخيصية؟ ما زالت حالة النتائج مقصرة في هذا. ويشير بايبر (Piper, 2004, P.222) إلى أن: "نماذج التدريب تقوم على التقاليد وليس على نتائج البحث" "Training Models are based on Tradition, not research". وربما المحك الأساسي لنجاح عملية التأهيل هو فاعلية المعالجات، التي يجريها المعالجون في التأهيل أو بعده، مع العلم أنه ليس من الممكن استنتاج نوعية العمليات التشخيصية الكامنة خلفها إلا بشكل محدود بالطبع بسبب الكثير من المتغيرات الدخيلة. عدا عن أنه لم تتم دراسة فاعلية المعالجات في التأهيل بصورة واسعة، ناهيك عن التقويم المقارن لأشكال التأهيل المختلفة.

وربما يكون تقييم مفهوم الحالة هو الأقرب إلى العمليات التشخيصية (Ells et. al., 2005) عدا ذلك يتم التقويم المنهجي بشكل خاص عندما يتطلب إدخال عناصر تأهيل جديدة الاعتراف الخاص، وخصوصا عندما تكون مبتكرة. فقد أشار لامبيرت و ماير (Lambert & Mayer,1992) إلى نتائج حول تدريب، تم فيه من خلال محاكاة حالات

مؤتمتة عددها ثلاثة إجراء محاكاة لعمليات التشخيص والعلاج. فإلى جانب التقبل الجيد للمحاكاة بالكمبيوتر ظهرت فاعلية لدى الطلاب الجامعيين والخريجين، مع الإشارة إلى أن الطلاب الجامعيين توسعوا بالمقابلات بشكل أقل.

كما وصف ويستيرا وهوميز وهاوتمانز وكورفرز (Westera, Hommes, Houtmans & Kurvers,2003) البرنامج التدريبي متعدد الوسائط والمسمى دايغنوست DIAGNOST، الذي يعد الدارسين من خلال محيط محاكاة على العمل الميداني مع مرضى حقيقيين. ففي دور المشخص النفسي يجد المستخدم نفسه أمام ثلاث مراجعين مختلفين، يسألون النصيحة النفسية. ويتم إرشادهم لإتباع سلسلة تشخيصية خاصة وكتابة تقرير ختامي مع الاستنتاجات والنصائح. وبما أنه يتم التعبير عن الأسئلة والرؤية الناجمة كذلك بطريقة الخيار من متعدد فإن ذلك يعني تقييدا شديدا لإمكانية النقل إلى الميدان العملي. كما رأى الطلاب إلى حد ما أن تقييد خيارات الإجابة كان مزعجا: فبعضهم أقر بأنه كان يفضل لو أنه صاغ فرضيات بدلا من اختيار جمل من أسئلة. إلا أنه ومن ناحية أخرى فإن التقييد على بدائل قليلة يجعل من البرنامج كفؤا: فبالنسبة إلى كل قرار متخذ يمكن للبرنامج أن يولد تغذية راجعة. ويستطيع المستخدمون هنا اختيار التغذية الراجعة المرجوة بشكل نوعي.

وقام كل من ياكوبس وهايمان وكون- زورج (Jacobs, Heymann & Kuhn-Suerig, 2002) بدراسة برنامج تدريبي متعدد الوسائط بالنسبة إلى مواقف العلاج الصعبة. فقد تم توجيه المتعلمين إلى الاستجابة بشكل مباشر وعفوي للمرضى الذين يرونهم على الشاشة. وقد تم تصويرهم في أثناء ذلك ومواجهتهم في النهاية باستجاباتهم وإعطائهم تغذية راجعة من المدرسين. وفي مجموعات صغيرة تدرب الدارسون في الختام استجابات بديلة حيث يعطي المدرب بين الحين والآخر تغذية راجعة. وقد تم من خلال التدريب تحقيق تحسن دال في بعد التعاطف والتقبل والأصالة والاستفادة الذاتية للمعالج والتطرق للعلاقة العلاجية (شدة التأثير بين 0.8 و1.8). والنسخة

المؤتمتة تتفوق هنا على نسخة الفيديو. وقد عزا الباحثون هذا إلى تأثيرات دافعية: فالعمل مع كاميرا الويب والكمبيوتر يبدو أكثر تحفيزا من العمل بكاميرا الفيديو وجهاز الفيديو. كما أشار سولر (Suler,1987) إلى التقبل الجيد لأدوات الفيديو في دورة للطلاب في علم النفس الإكلينيكي. واستخدم كاسبر وبيننغهوفن وبيرغر (Caspar, Binninghoven & Berger, 2004) برنامج كمبيوتر مكثف التغذية الراجعة، من أجل رفع الكفاءة في تنمية رؤية متسقة للحالات المعروضة على الفيديو. وكان التقبل وفاعلية التدريب إيجابيا في دراسة مضبوطة. كما استخدم كاسبار وبيرغر وهاوتله (Caspar, Berger & Hautle, 2004) مبدأ فاعلا من العلوم المعرفية، ألا وهو "التحليل السيمانطيقي[1] الكامن The Latent Semantic Analysis" (Landauer, Folz & Laham, 1998) للتغلب على إعاقات المبادئ الأخرى: أي ضرورة الصياغة المسبقة للبدائل الواضحة وإعطاء تقييمات بسيطة "صح/ خطأ" بهدف التمكن على هذا الأساس من إعطاء تغذية راجعة سريعة. والبرنامج المستخدم من كاسبار وزملاءه يستطيع "فهم" نصوص مصاغة بحرية، وذلك بأن يتم تنظيم عناصره في "فضاء سيمانطيقي" ضمن أساس معرفي تشخيصي إكلينيكي وآراء خبراء حول المادة الإكلينيكية نفسها (تسجيلات فيديو للجلسة الأولى) ويمكن من خلال البرنامج بعدئذ استدعاء الأشكال المختلفة للتغذية الراجعة وإكمال الحل وتحسينه، يعقبها تغذية راجعة جديدة. وأخيرا يدعم البرنامج السبر المنهجي لإجابات الخبراء. وبهذا يتضح – ويشكل متلائم مع الموضوع الإكلينيكي المعقد!- بأنه في الأغلب لا يوجد شيء اسمه صح-خطأ واضح وأن أحكام الخبراء أيضا يمكن أن تتنوع، وأحيانا في سياق التوجه العلاجي وخلفية الخبرة. في مقارنة مضبوطة كان تقبل التعيين (الوحدة) module جيدا والفاعلية كبيرة أيضا.

---

(1) علم دلالة الألفاظ وتطورها.

ويبدو أن وحدات التدريب المختلفة جدا مقبولة بشكل إيجابي عموما (Berger, 2004) ويبدو وجود تفضيل لاستخدام الكمبيوتر وكذلك ربط مادة الحالة وإمكانية صياغة النصوص الحرة. وتستغل التغذية الراجعة بسرور، وبشكل خاص عندما تكون مفصلة.

ومن أجل تجنب سوء الفهم: فإن التوقع الكامن خلف هذا ليس أن يحل هذا النوع من التدريب محل عناصر التدريب التقليدية مثل الإشراف الخارجي Supervision والخبرة الذاتية (التي يتم فيها في الحالة المثلى اكتشاف الأخطاء النموذجية للتشويه وتعويضها)، بل أن الأمر يتعلق بالتدريب على المهارات الأساسية بشكل أكثر كثافة مما يحصل تقليديا. ويتوقع لهذا أن يكون مفيدا بالنسبة إلى عناصر التأهيل كالإشراف الذاتي أو الخبرة الذاتية المباشرة كمعالج: فالتمكن من المواقف المعقدة المحملة بفيض من المعلومات الرخوة والضغط الكبير على التصرف في الغالب، وهو الأمر الأساسي "بالفعل"، يمكن – وهذا محتمل على الأقل– أن يتم تعلمه بشكل أفضل، عندما يتم التمكن من الأسس من دون جهد كبير. ولهذا فقد يكون من الخطأ عمل مقارنة بين المهارات البسيطة و "الفن التشخيصي".

وحسب تقديري فإنه أمام الاستخدام المنهجي لوحدات Modules التأهيل النوعية المدروسة فاعليتها تطور طويل. وسوف تستند مع استخدام الكمبيوتر أم بدونه بقوة على فكرة الممارسة المتقنة وبشكل خاص في مجال بناء الفرضيات الإكلينيكي. وسوف يكون هذا في مصلحة المتدربين وبشكل مباشر مرضاهم.

8- خاتمة

التشخيص حدث سيروري (عملياتي) – ليس فقط في مجال العلاج النفسي–. وتؤيد كثير من الدلائل أن التشخيص الأمثل لا يمكن أن يكون ممكنا إلا إذا كان ملازما لمقتضيات التطور. لهذا فإن التحليل الصاحي للعمليات الجارية في الوقت

الراهن مع كل نقاط قوتها وضعفها والنماذج والمبادئ الافتراضية مهمة من أجل التحسين الهادف للقدرات بمقدار أهمية استمرارية تطوير المضامين التشخيصية. وفيما إذا كان ينظر للكأس على أنه نصف ممتلئ هنا (إذا توجد على أية حال الكثير من المعارف حول العملية والنماذج الافتراضية) أم كان نصف فارغا (ما زالت المعارف مليئة بالثغرات، وينبغي تطوير مفاهيم ملائمة للممارسة، ولم يتم التطرق بعد لإمكانات التطوير الهادف لمهارات التشخيص العيادي)، فإنه يمكن النظر إليه هكذا أو هكذا ومن المؤكد أيضا أن الأمر يتعلق بسياق الجدل Argumentation Context .

3- النماذج العامة للتشخيص النفسي الإكلينيكي

General Models of Clinical-Psychological Diagnostic

فرانس كاسبار وتوماس بيرغر
Franz Caspar &Thomas Berger

1- مدخل

تحت العنوان العام "التشخيص النفسي الإكلينيكي" يمكن تصنيف عدد لا ينتهي من الاختبارات والدراسات والكتب والمقالات والنشاطات الاحترافية المتنوعة. وبالطبع فإن الأمر لا يتعلق هنا بنتاجات بالصدفة، بل أنها نشأت لسبب محدد (قارن الفصل الأول من هذا الكتاب) وتستند إلى نماذج محددة. فإذا ما عرفها المرء فسوف تسهل عليه

الإحاطة وسينعكس الأسلوب التشخيصي الخاص على خلفيتها ويصبح من السهل فهم اتجاهات وسلوك الآخرين فيما يتعلق بالتشخيص. وحسب القانون الراهن للمعالجين فلابد من برهان الحاجة للعلاج ونجاحه، وذلك من خلال الوسائل العابرة للتوجه[1] (Laireiter, 2001) إلى حد ما، الأمر الذي من خلاله دخلت مسألة النماذج بشدة في بعض الأحيان إلى الحلبة: فخلف النقاشات التي تبدو متخاصمة تكمن صور مختلفة جدا عن الإنسان ونماذج العلاج ونماذج التشخيص كذلك.

لا يهدف هذا الفصل، وإن بدا أنه يدور حول النماذج العامة، لتقديم عرض أكاديمي بل يهدف أكثر إلى أن يكون مساعد توجه عملي. وتشترط المعارف العامة في نظرية الاختبارات والتشخيص الرجوع إلى الكتب الأساسية مثل آميلانغ وتسيلنسكي (Amelang & Zielinski,1997) على سبيل المثال.

وقبل أن يتم في هذا الفصل والفصول الأخرى المتفرقة في هذا الكتاب إبراز الاختلاف بين النماذج المختلفة، فلا بد بداية من التأكيد على أنه يوجد في هذه الأثناء فيما يتعلق بالكثير من المظاهر اتفاق واسع حول الإجراء (النهج procedure) التشخيصي المناسب وبالتحديد في سياق العلاج النفسي: إذ يفترض أن يتم قياس طيف واسع من الظواهر، ولا بد من أخذ مستويات كل من العرض والمتلازمات والاضطراب بما في ذلك الشدة والاختلاطية بعين الاعتبار، ولا بد من شمول مظاهر أخرى من الفعاليات[2] الإنسانية كالمظاهر البين إنسانية الشخصية والمظاهر المنظومية Systemically إن أمكن، ولابد كذلك من أخذ تعددية الوسائل Multimodality وبشكل خاص استخدام مصادر البيانات المختلفة بعين الاعتبار.

(1) الطرق غير المتعلقة بالاتجاه المدرسي للمعالج. Orientation-encroached

(2) العمل، أو الفعل "بالعامية "بالعامية شغال Functionalize".

2- نماذج عامة وتقسيمات

في العملية التشخيصية يتم تخفيض التعقيد. ونحن نحاول فصل الأساسيات عن غير الأساسيات، بغية إنجاز أفكار علاجية مناسبة والتصرف على هذا الأساس. وهنا يمثل السعي نحو تنظيم عملية تخفيض التعقيد سمة أساسية للتشخيص النفسي الإكلينيكي. وتختلف النماذج المختلفة للتشخيص النفسي الإكلينيكي في المنهجية التي تحاول من خلالها حل هذا (حول التاريخ قارن الفصل الأول في هذا الكتاب).

2.1 التفكير الأرسطي مقابل التفكير الغاليلي

في عام 1931 حدد كورت ليفين Kurt Lewin إمكانيتين للكيفية التي يمكن من خلاها تخفيض التعقيد؟ فقد ميز ليفين بين أسلوب التفكير الأرسطي أو الطريقة التصنيفية Classificatorical وأسلوب التفكير الغاليلي أو الطريقة البنائية Constructive . ففي حين أن الإجراء التصنيفي يقوم على تجميع الظواهر حسب التشابه، فإن الطريقة البنائية ترجع الظواهر إلى عناصر بنائية عامة وتفاعلاتها.

ويمكن تتبع التنظيم التصنيفي أو الفئوي categorical إلى تيوفارست Theopharst (372-287 ق.م)، الذي قسم الظواهر الفردية للناس إلى أنماط أو حتى إلى البابليين والآشوريين (قارن الفصل الأول من هذا الكتاب). ويبدو أن المنظومات الفئوية تحاول الاستجابة لحاجة إنسانية أساسية نحو ترتيب العالم، حيث قادت هذه الحاجة إلى الكثير من التنميطات. إلا أن هذه التنميطات قد ووجهت بكثير من الريبة منذ أمد بعيد: ما هي القيمة المعرفية التي تمتلكها هذه المعرفة (Heis,1964)؟ وفي مجال التشخيص النفسي الإكلينيكي قادت الطريقة التصنيفية إلى تطوير المنظومات التشخيصية كالـ دي أس أم والآي سي دي DSM/ICD. ويهتم التشخيص الفئوي الراهن بالتعريف الإجرائي للمحكات الواضحة من أجل ترتيب المرضى ومشكلاتهم في فئات، حيث تم تطوير أساليب مقابلة معيرة من أجل دعمها (قارن الفصل 14 في هذا الكتاب).

وقد استند نقد ليفين الأساسي للطريقة التصنيفية بالدرجة الأولى على التنظيم

التصنيفي Classificatorical Systematization في العلوم التطبيقية: فبعد ترتيب فرد ما في فئة لا يوجد أي طريق منطقي من العودة من العام أو من الفئة إلى الخاص أو إلى الحالة الفردية. وعلى العكس من هذا يمكن من خلال التخفيض البنيوي للتعقيد، المحددة فيه البناءات وتفاعلها إعادة بناء reconstruct كل حالة فردية. وقد تم لاحقا تبني هذا النقد للطريقة التصنيفية بطريقة شبيهة ولكنها متطرفة الشدة من ممثلي تشخيص السلوك (Kanfer & Saslow,1969): فالتشخيص التصنيفي لا يسهم بأي شكل في تصميم علاج (سلوكي ملموس). فمن أجل هذا يحتاج المرء إلى معلومات فردية، ملموسة مختلفة كلية وإلى ربطها بنماذج وظيفية. فالتشخيص "المشتق من النظرية" (Bastine, 1992) أو التشخيص "الموجه نظريا" (Baumann & Stieglitz, 1994)، كتحليلات السلوك على سبيل المثال ، تقدم إمكانية تنظيم المعلومات الفردية بشكل منهجي. وطبقا لطريقة بنيوية يمكن للمعلومات التي يتم الحصول عليها في الحالة الفردية ترتيبها ضمن بناءات محددة أهميتها (على سبيل المثال ترتيب المتغيرات في نموذج S-O-R-C-C[1]، قارن الفصل الرابع من هذا الكتاب).

2.2 النموذج الطبي للمرض

مقابل النموذج العلمي الاجتماعي أو الاجتماعي النفسي

يرتبط التشخيص التصنيفي، الفئوي بالنموذج الطبي للمرض. ويمكن وصف النموذج الطبي باختصار شديد على النحو التالي:

> يذهب المرء من وحدات مرضية محددة ذات منشأ ومجرى مميز، حيث لا يولى للمحيط أي أهمية تقريبا. فالأسباب الحقيقية هي أسباب عضوية أولا وأخيرا، وعلى أقصى تقدير فإن الشروط المثيرة ليست عضوية. والفرد غير مسؤول عن مرضه إلى حد بعيد، وهو أمر مهم جدا للتدخل. (Schmidt,2001, P.101).

---

(1) المثير- العضوية- الاستجابة- المصادفة (الاحتمالية) - العاقبة

S: Stimulus → O :Organism → R: Reaktion → C: Contingence → C: Consequence.

ويحظى النموذج الطبي للمرض بالنسبة إلى الاضطرابات النفسية، الذي يرجع بالأصل إلى أبقراط (هيبوقراط) بنموذجه الخطأ قطعيا حول أخلاط الجسم، بقوة دافعة من خلال أنه قد تم فجأة التعرف على أن صورة مرضية مهمة جدا وحتى بالنسبة "لعلاج الانتشار attend to prevalence " كالشلل التصاعدي هي مرض عدوى (نتيجة السفلس). ومقارنة بالنماذج القديمة حول الاستحواذ والانحطاط الأخلاقي فإن النموذج الطبي يمثل تقدما وبالتحديد فيما يتعلق بالنظرة العلمية-الحصيفة للمشكلات النفسية. فالعلاقة الوثيقة بالتشخيص الفئوي يمكن إثباتها من خلال الفرضية المتخذة في إطار النموذج الطبي حول المبدأ البسيط للسبب-النتيجة. فإذا ما توفرت بالنسبة إلى مرض قابل للتحديد، يمكن إرجاعه إلى سبب أو قصور واضح، إجراءات علاجية إكلينيكية فاعلة، فإن الترتيب الموثوق (الصادق والثابت) في فئة تشخيصية يضمن النجاح الأمثل للعلاج (قارن أيضا الفصل الثاني والرابع من هذا الكتاب). إلا أن واحدة من الإشكاليات في هذه الرؤية بالنسبة إلى كثير من ممثلي الاختصاص هو النقل المبسط أو وحيد الجانب لمبدأ السبب-النتيجة على توضيح الاضطرابات النفسية. وحتى ممثلو الطب العلمي الطبيعي الصارم مثل فيرتشو Virchow كانوا قد أشاروا منذ وقت مبكر بأنه حتى الأمراض المعدية تتفاعل – وتتبادل التأثير- فيها عدة عوامل مسببة للمرض – ومن بينها أيضا الخلفيات النفسية الاجتماعية (Schmidt,2001). ويمثل كل من السفلس والسل اللذان تعد فيهما ظروف الحياة والسلوك أساسية، أمثلة جيدة على ذلك.

أما النموذج العلمي الاجتماعي أو الاجتماعي فيأخذ في النفسي السببية المتعددة والتأثيرات المتبادلة بين العوامل المختلفة بعين الاعتبار. وعلى الرغم من أن هذا النموذج في تفاصيله أقل تجانسا بشكل واضح من النموذج الطبي، إلا أنه يمكن اعتبار الفرضيات الأساسية التالية من أهم مميزاته:

- السببية المتعددة Multi-causality : لا تتسبب الاضطرابات النفسية أبدا من خلال

عامل وحيد. وحتى إن بدت هناك استثناءات مثل متلازمة داون Down-Syndrome على سبيل المثال، فإن الحالة النفسية الفعلية تتعلق بعدد كبير من العوامل.

- الارتباط بالسياق Context-Condition: تحصل كل العمليات النفسية في سياق، ولابد من أخذ هذه التفاعلات مع السياق بعين الاعتبار.
- فرضية الاستمرارية Continuity-Hypothesis : يفترض وجود معابر مطاطة، وليس فروق نوعية، بين الطبيعي والمضطرب نفسيا.
- فرضية التكافؤ Equivalent-Hypothesis : تخضع أنماط السلوك السوية والمضطربة لمبادئ التعديل نفسها.

ويؤكد باحثون آخرون على التوجه نحو الموارد Resources-Orientation والقصدية (الغائية teleology) وتاريخية historicity المبدأ العلمي الاجتماعي (Schmidt, 2001).

وفي حين أنه ينظر للمجرى في النموذج الطبي والاختلاطية المرتبطة بالطرائق التصنيفية على شكل غياب/ وجود أمراض أخرى أو الترتيب في فئات أخرى من الاضطراب، على أنه الوجود المرحلي (على مراحل) مقابل عدم الوجود للاضطراب، وإلى تأثير الإجراءات العلاجية النفسية وفق نموذج تأثير الجرعة Doses-Effect-Model فإنه يوجد قرب طبيعي بين النموذج العلمي الاجتماعي أو النفسي الاجتماعي والطرق البنائية وفق ليفين (1931). ولا يتم النظر هنا للأعراض المختلفة كأمراض قابلة للتحديد، القائمة إلى جانب بعضها، وإنما يتم تحليلها على شكل سياقات وتفاعلات وظيفية وينظر للمجرى على أنه أقرب للتطور السيروري (العملياتي) في سياق الضغوطات على سبيل المثال وتفاعلاتها مع استراتيجيات المواجهة، أو الاستعرافات أو الموارد، التي يتم استخلاصها أحيانا من التاريخ الأسري. وتحدد الفرضيات أو النظريات الكامنة من ناحيتها فيما إذا كان ينظر للبناءات المنفردة على أنها جوهرية لفهم التطور السيروري والكيفية التي ترتبط العناصر بها.

2.3 تقسيمات أخرى

ترتبط التقسيمات الأخرى في التشخيص بشكل مباشر مع المسائل المختلفة. لهذا فإنه قد تمت معالجة التمييز بين تشخيص السمات والحالة والانتقاء مقابل تشخيص السلوك والعملية وتشخيص التعديل في الفصل الأول من هذا الكتاب. وسوف نتطرق للتقسيم الثنائي Dichotomy باختصار، لأنه يرتبط بشدة مع اختلاف النماذج الكامنة خلفها: نقاش الإجراء الخاص بالاضطراب مقابل الإجراء التفريدي. والأول يقترح تشخيص المرضى في صورة منظومة فئوية وتنظيم دليل علاجي موثوق إمبيريقيا بالنسبة إلى التشخيص. وينصح الإجراء الثاني بإجراء تحليلات فردية للحالة يتم فيها في إطار الطرائق البنائية المكونة من أحجار بناء مختلفة الوصول إلى فهم لكل مريض فرد، من أجل التخطيط للعلاج على هذا الأساس وتنفيذه. وقد أثارت مسألة أي من النماذج هو الأفضل خلافات حادة إلى حد ما. وفي هذه الأثناء تتزايد الدلائل التي تؤكد على "التعايش المشترك للإجراء التفريدي والمعياري" الذي كان مفترضا في السابق أو "العلاقة التكاملية"، أي الدراسة المتزامنة للتصورات التفريدية والخاصة بالاضطراب، وهي رؤية من المحتمل لها أن وضعت ذروة التوجه نحو الاضطراب والدليل Diseases-and Manual-Orientation موضع الشك ("هل يفيد تحليل السلوك الفردي" Schultre, 1996). كيف يفترض فهم عبارة "إلى جانب بعضه" هذه أو هنا وهناك؟ فهناك عاملان يلعبان هنا الدور الرئيسي:

1- توفر بدائل علاجية: فطالما لا توجد طرق تدخل نوعية كفاية فلا تفيد ممارسة التشخيص كثيرا، الذي قد يكون لازما لاتخاذ القرار الانتقائي بالفاعلية. وقد تغير الوضع كلية من خلال النمو غير الطبيعي لعدد الطرق النوعية في مجرى تسعينيات القرن العشرين وبشكل خاص في مجال العلاج السلوكي ، حتى وإن أشارت أصوات مرتابة بأنه ما زالت لا توجد بعد طرق علاجية مقومة بشكل كاف بالفعل إلا بالنسبة إلى جزء صغير من فئات الاضطراب (Beutler, et al.,2003). وطبقا

لذلك فإنه من المستبعد كلية تغطية كل الفئات المهمة من المرضى وبداية توليفاتها في حالة الاختلاطية بإجراءات مناسبة مقومة موضوعة في دليل manualization. يضاف إلى ذلك استحالة تعليم التمكن من عدد كبير من الإجراءات المحددة بالأدلة بالفعل بشكل كاف في التأهيل.

2- يرتبط الوزن الذي يملكه التشخيص القائم على التعديل وبشكل خاص وزن مفاهيم الحالة الفردية، بشدة بجمهور المراجعين. فعلى الرغم من أنه حتى لدى المرضى الذين يحملون عرضا وحيدا "بسيطا" المميزين بالنسبة إلى مجموعة اضطراب يمكن إيجاد مظاهر تعقيدية وحتى في الحالة الأعقد نجد على الأقل مظاهر منفردة يمكن معالجتها بالتشخيص التصنيفي بصورة مناسبة. ومع ذلك تفصل من الناحية الإكلينيكية عوالم بين المرضى البسيطين نسبيا والذين نحمد الله بأنهم موجودين ومرضى معقدين، وغالبا اختلاطيين، مضطربي الشخصية أو توكيدي الشخصية الذين يبدو أنهم ضد أي ترميز (التقسيم إلى فئات) والذين يبدو نجاح العلاج لديهم متعلق بخصائصهم والذين لا يمكن قياسهم إلا في مفهوم فردي جدا للحالة. فالاختلاف في التفضيل العام للأنواع المختلفة للتشخيص ربما يكون محددا بشدة بالخلفية الفردية لخبرة الإكلينيكيين المعنيين(أي نوع من المرضى يعرف بشكل خاص وأي نماذج تلائم لهذا الغرض؟)، ويمكن برهان احتمالية هذا أو ذلك الاتجاه بشكل شعوري أو لا شعوري من خلال الاختيار الانتقائي لحالات البحث والتوضيح Cease of Research and illustration.

3. التوجهات الطرائقية

تنبثق عن الآراء المختلفة المعروضة هنا مبادئ طرائقية مختلفة أيضا. فنظرية الاختبارات التقليدية وما يرتبط بها من محكات جودة (موثوقية) ترتبط بشكل أساسي بالتشخيص التصنيفي التقليدي. ويتعلق السؤال فيما إذا كان القياس والاختبار المرتبط بشدة مع الترتيب في فئات يمكن تفسيره بنائيا أيضا، أي يقدم طروحات مناسبة حول لماذا والأسباب والظروف، فيما إذا كان بالإمكان المحافظة على الفصل بشكل كاف

للنشوءات المختلفة في الفئات المختلفة، أو فيما إذا كان على العكس من هذا لابد من تجميع الكثير مع بعضه بحيث يصبح من غير الممكن الحصول على مفاهيم نشوئية مفيدة (قارن الفصل الرابع من هذا الكتاب).

ومن منظور المبادئ الفردية فإنه ينبغي تقويم محكات صلاحية نظرية الاختبارات التقليدية بصور مختلفة. فالأشخاص الذين يعانون من مشكلات بين شخصية أو مشكلات في المنظومة التي يعيشون فيها، ليس هناك أية قيمة "حقيقية" بالنسبة إلى سمات محددة في بعض الأحيان: فوجهات النظر المتشعبة للمشاركين المختلفين ("أصحاب الحصص stakeholder") لها كلها مشروعيتها، ويمكن اعتبار القيم المطابقة صادقة على الرغم من غياب الاتفاق في كل مرة بين الأشخاص. فما معنى القيمة المنخفضة غير المرضية unpathologic لمريض محال بشكل إجباري للطب النفسي في قائمة الأعراض-90 (Symptom Check List-90)؟ فهل يمكننا هنا توقع قيم صادقة على الإطلاق؟ وكيف يبدو الأمر بالبيانات المتأرجحة للمرضى الحدوديين في استبيان الجلسات العلاجية[1]، إذا ما استخدموا هذه الاستبيانات لإعطاء معالجيهم درجات أو حتى لتوجيههم؟ إن ما يبدو في الدراسات النفسية من دون أي ة معرفة بالمفحوصين على أنه خطأ قياس؟ قد يبدو تباينا دالا عند وجود معرفة بمريض ملموس.

فكيف ينبغي الحكم على صدق مفاهيم الحالة العلاجية النفسية؟ أيقود "مزيد من الشجاعة" في تفسيرات (لابد منها) إلى ثبات ضعيف؟ وتحليلات السلوك النظرية التعلمية هي أقل تفسيرية بالمقارنة، إلا أنه بالتأمل الدقيق هي نظرية تفسيرية. وحولها لم يتم بعد تقديم اختبار مقنع للصدق، حسب علم المؤلف، وعلى عكس التحليل النفسي التفسيري (قارن الفصل السادس من هذا الكتاب) الذي كثيرا ما يتم فيه اختبار التطابق بين المحللين المختلفين.

---

[1] استبيانات لتقييم الجلسة والمعالج يقوم بتعبئتها المتعالج في نهاية الجلسة.

وعند الحكم على جودة الأدوات التشخيصية بالنسبة إلى التطبيق الإكلينيكي يبدو محك الفائدة مهم أيضا: فإذا ما تم التطرق للأسئلة بطريقة تشخيصية، التي يكون فيها الاستقصاء التشخيصي للمعلومات هو الأسهل والأوثق، فإنه يمكن عندئذ أن يحصل أن يظل جانبا مهما خارجا. ولكن إذا كان التطابق والصدق سيئا، فيمكن للمظهر الذي يحاول المرء قياسه، أن يظل مهما إكلينيكيا، ولا يبقى شيئا ملموسا في اليد. وهناك عدد من الأمثلة تم فيها لأسباب ذرائعية التعامل مع جودة اختبار، يمكن القول عنه كل شيء عدا عن أن يكون مثاليا، بتساهل، كما هو الحال في قائمة الأعراض-90 SCL-90 بسبب الانتشار الواسع والحيادية فيما يتعلق بالاتجاهات العلاجية، أو في اختبار غيسن[1] Giesen-Test بسبب توفر نسخة للتقرير الذاتي ونسخة لتقرير الآخر. فاستخدام أدوات التشخيص الإكلينيكي مازال دائما عمل توازني balance act بين محكات مختلفة. فأي منها يعطى هنا الوزن نفسه أو أكبر فذلك يتعلق بشدة بالمفهوم الذي يتبناه المستخدم.

4. التوجهات النظرية

ما الذي يكمن خلف الفروق في تقييم التشخيص والإجراء التشخيصي المفيد والتشخيص الملموس؟ أكثر شيء هو الاختلافات في المبادئ النظرية الكامنة خلف التقييم. ففي حين أننا هنا سنعطي عرضا مختصرا، فإن العرض التفصيلي لأهم المبادئ (التشخيص التحليلي النفسي، النظري السلوكي، الاستعرافي، العلاجي النفسي المتمركز على المتعالج؛ المنظور التبيئوي وتحليل الخطة اللذان من الصعب تصنيفهما ضمن الاتجاهات التقليدية) سيكون في فصول أخرى في هذا الكتاب.

وبغض النظر عن التوجه النظري تنتشر اليوم إلى مدى واسع بذرة أدوات قياس مستقلة عن التوجه النظري مثل قائمة الأعراض-90 SCL-90 على سبيل المثال. والانتشار الواسع والقابلية المترافقة مع ذلك للمقارنة هي دليل على استخدام قائمة

(1) اختبار ألماني في الشخصية.

الأعراض-90 SCL-90 وصيغتها المختصرة BSI. ويتم الاعتراض على ترخيص الاستخدام لهذه الأداة الذي يمكن تفهمه، لأن الأمر لا يتعلق بتطوير أصيل بصورة خاصة وإنما هي مجرد تجميع لأسئلة يطرحها المعالج النفسي أو الطبيب النفسي على مرضاه. ونتيجة للنقد تم تطوير بدائل مثل OQ45 (Lambert et al.,1996) والمنظومة الرئيسية Core system(Mellor-Clark, Barkham, Connell & Evans,1999) التي يسمح باستخدامها مجانا وفق قواعد محددة (إعطاء البيانات). إلا أنهما مازالا غير منتشرتان في المحيط الناطق بالألمانية بشكل كبير على الرغم أنهما مجانيتان.

ويمثل دمج التشخيص المتعلق بالمدارس والتشخيص العام في الممارسة العملية واحدا من التحديات الكبيرة: فضرورة عدم إرهاق المريض نوعيا وتقييد الموارد المتوفرة للتشخيص تمنع الاستخدام المفرط لكل الموارد التشخيصية، التي ربما تكون مرغوبة من وجهة النظر الإكلينيكية العامة أم من وجهة النظر الخاصة بالتوجه. وعندما تتغير الشروط المحيطية أو أدوات القياس المتوفرة فإنه لابد لكل مستخدم أن يختبر دائما إلى أي مدى تراعي التشخيصات المستخدمة أو المعدة للاستخدام المطالب والإمكانيات بشكل متوازن. ففي حين أنه في المقارنات المباشرة للفاعلية لا يستغنى عن استخدام أدوات متشابهة بدقة في كل ظروف التطبيق، يمكن للفكرة الموجهة "للمكافئات الوظيفية Functional Equivalents " أن تكون مفيدة عندما يتعلق الأمر بالموائمة مع إجراءات قابلة للمقارنة مع بعضها إلى حد ما. ويقصد بالمفهوم بأنه بالنسبة إلى كل وظيفة (لمحة حول الشكاوى، قياس اضطراب محدد، منظور ذاتي، منظور ... الخ) لابد من استخدام تشخيص، ولكن يجوز أن يكون خاصا بالمدرسة - شريطة توفر موثوقية مقبولة- إذا ما لم يكن المرء قادر على الاتفاق على أداة قياس موحدة. فلابد إذا على سبيل المثال من توفر تقويم للآخر للسلوك البين إنساني، وتقدير ذاتي للمشكلة خاص بالاضطراب...الخ، إلا أن أداة القياس بالضبط تظل مسألة مفتوحة.

4.1 التشخيص القائم على التحليل النفسي

كانت ريبة فرويد تجاه التشخيص وما زالت تمثل الأساس البارز للتشخيص القائم على التحليل النفسي (قارن الفصل الثامن من هذا الكتاب). وقد ارتبطت هذه الريبة بشكل خاص بالتأثيرات الجانبية التي يخشى منها والمستنتجة للإجراءات الطبية النفسية التقليدية على العلاقة العلاجية. بالإضافة إلى أنه كان ينظر للأعراض على أنها تعبير عن المشكلات الأعمق وبما أنها كذلك فقد فلم تحظ بالاهتمام الكبير بالمقارنة. وللتحليل التجريبي الذي يمكن النظر إليه على أنه شكل مكلف ولكن مباشر من التشخيص، أصول راسخة في التحليل النفسي: فهنا لا يتم من السمات البعيدة اشتقاق تنبؤ للسلوك المستقبلي فحسب بل يتم التنبؤ بشكل مباشر بالسلوك المستقبلي الملموس من السلوك الملاحظ بشكل مباشر. وهذا جدير بالاهتمام بشكل خاص لأن التشخيص ذو الخلفية التحليلية النفسية في العادة كالاختبارات الإسقاطية أو حتى أجزاء من التشخيص الإجرائي السيكوديناميكي الحديث على سبيل المثال تتصف بالذات بأنه لا يتم أخذ الملاحظات من أجل "المعنى الظاهري face value" وإنما يتم تفسيرها بقوة إلى حد ما. ومن هنا فإن المبدأ المشهور للبورسكي (Luborsky, 1977) جدير بالاهتمام: إذا أنه يتخلى عن التفسير في سبيل تحقيق قيم ثبات عالية، حتى بشكل أقوى من تحليل الخطة في العلاج السلوكي (قارن الفصل السادس من هذا الكتاب)، الذي يهتم كذلك بأنماط العلاقات النمطية. ومن المنطقي أن يلقي التشخيص التحليلي النفسي أهمية على سبر المظاهر المهمة الأقل عيانية من منظور أسسه النظرية؛ فسبر السمات السطحية لم يصبح جديرا بالاهتمام إلا مؤخرا وبالتحديد في التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي. والاهتمام الشديد بتأثيرات التشخيص على العلاقة العلاجية والتحفظات حول المدى الذي يستطيع المرضى تقدير المظاهر المهمة بشكل موثوق، هي أمور منطقية أيضا. ومن خلال هذه التحفظات اتهمت المبادئ العلم النفس الأعماقية بعدم أخذ المرضى على محمل الجد وأن كون التحفظات منطقية فلا يعني هذا بالضرورة أنها صحيحة. وكونه

تعطى لقياس اللاشعور الصعب القياس أهمية كبيرة فإن هذا يعد مشكلة طبيعية متأصلة تجعل من التشخيص السيكوديناميكي صعبا.

4.2 المبادئ الإنسانية

تتميز المبادئ الإنسانية بأنها تتبنى اتجاها أقرب للريبة تجاه التشخيص النفسي. إلا أنه من ناحية أخرى فقد تم تطوير مجموعة كبيرة من التشخيصات من المبدأ الإنساني (قارن الفصل السابع من هذا الكتاب). ويرجع الموقف المرتاب إلى روجرز في عام 1951: فقد اتخذ موقفا مشابها لفرويد بأن الاتجاه التشخيصي يلحق الضرر بالعلاقة بين المعالج والمتعالج. إلا أنه من خلال التوجه الإمبيريقي، الذي يتضمن الرغبة ببرهان الفاعلية، قد تم منذ البداية وضع حجر الأساس للصراع: فالبحث لا يتقدم من دون التشخيص. ويظل الموقف المميز هو أن المريض هو أفضل من يعرف عن نفسه. فإذا كان لابد من التشخيص فإن منظور المتعالج يحتل الأولوية، على سبيل المثال في Q-Sort (Fydrich, 1997) أو في الاستقصاء عن الجلسات العلاجية الفردية للمتعالج أو عن العلاج ككل. وتعد مظاهر العملية والعلاقة العلاجية مهمة بشكل خاص. وتقوم أدوات قياس أخرى بالانسجام مع المفاهيم على التعميق الانفعالي وسمات أخرى للعملية العلاجية.

4.3 المبادئ المنظومية والعلاج الأسري

من المنطقي أن المبادئ المنظومية تعاني من صعوبة من التشخيص المألوف المنطلق من الفرد (قارن الفصل التاسع ولعاشر من هذا الكتاب): فالعلاقات في الأسرة والمنظومات الأخرى ودورات الحياة وأنماط التربية والمظاهر الشبيهة القائمة على الأسرة والمنظومة تحتل مركز الصدارة، وهي لا تأخذ فقط "المريض المعرف index Patient" بعين الاعتبار. ناهيك عن أنه يتم التشكيك بدور المشخص في المنظومة بشكل أكثر مبدئية مما هو الحال في المبادئ الأخرى. والتصور القائل أن الأسر "تعيد ترميم نفسها باستمرار"

(Cierpka, 2003) لا يجعل من التشخيص أسهل. وفي كالحالات يحتل التحليل النوعي لمنظومات الأسر أو لغيرها من المنظومات مركز الصدارة بالانسجام مع مفهوم الحالة في العلاج الفردي. ويعد الغينوغرام Genogram شكلا خاصا من عرض الوضع الأسري باستخدام منظور الأجيال المتعددة.

ولاحقا وعند تقديم دلائل على الفاعلية على أقصى تقدير، والتي ينبغي برهانها بشكل خاص على أفراد المنظومة منفردين أيضا، فإنه لا مفر من استخدام أدوات القياس التي تنطلق من الفرد.

4.4 المبادئ البين شخصية

قاد المبدأ البين شخصي الذي يرجع إليه مبدأ سوليفان (Sullivan, 1953) في الطب النفسي التفاعلي، إلى كم كبير من التشخيصات يمكن استخدامها أيضا في إطار معالجات أخرى.

وترجع غالبية أدوات القياس إلى النموذج الدائري لليارى Leary (1957) الذي أصبح معروفا تحت اسم LSD-Advocate . كما كان التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي Structural Analyses of social Behavior (SASB) لبنيامين (Bejamin, 1974) حوالي التسعينيات من القرن العشرين الأداة الرائجة (موضة) في الواقع على الرغم من تعقدها والاستهلاك الكبير في نسخة التقدير rating version. أما قائمة المشكلات البين شخصية Inventory Interpersonal Problems (IIP) (Horowitz et al.,1988; Horowitz), ومقياس الرسالة المؤثرة Impact Message Inventory (IMI) (Straus & Kordy,.1993) (Kiesl; er et al.,1985) (Caspar, 2002) ؛ فهي استبيانات لقياس المشكلات البين شخصية والسمات من منظور الذات والآخر. ومؤخرا تعالت المطالب وبشكل منسجم مع تحليل الخطة بعدم تقييم الأوضاع البين شخصية على أساس السمات السطحية لوحدها، إنما السؤال عن الأهداف الكامنة خلفها (Horowitzet al., 2006).

4.5 المبادئ السلوكية التعلمية

تتصف المبادئ النظرية التعلمية (قارن الفصل الرابع من هذا الكتاب) بالتراجع عن كل ما لا يمكن ملاحظته مباشرة، وبالتشكيك بقيمة التشخيص التقليدي (قارن أعلاه). وتحتل هنا قياس السمات ذات الأهمية بالنسبة إلى مفاهيم الحالة المبرهن من الناحية النظرية التعلمية مركز الصدارة، أو أن مفاهيم الحالات هذه هي نفسها جزء من التشخيص.

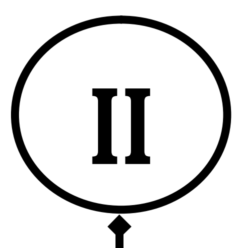
ويلاقي المبدأ النظري السلوكي في قياس السمات السطحية، كالأعراض على سبيل المثال، متاعب أقل من المبدأ التحليلي النفسي. فمع التفضيل للملاحظة المباشرة للسلوك يتم الانطلاق من أن المرضى قادرين على إعطاء معلومات موثوقة حول المظاهر المختلفة لحالتهم ويمتلكون معلومات حول المحيط، ولكن أيضا أعطي للمحيط وزنا كبيرا: ففي المحيط تكمن عوامل التعزيز للتعلم واستمراريته، وحتى فيما يتعلق بالسلوك المشكل.

ويقوم التشخيص النظري السلوكي على أساس من التوجه القوي نحو الأسس النفسية والبحث الإمبيريقي. وبما أن هذه الأسس والبحث الإمبيريقي قد تطورا بشدة، فقد اغتنى بالنتيجة التشخيص الذي كان بالأصل تشخيصا نظريا تعلميا صافيا. فقد صبت فيه مظاهر نظرية تصرفية Action theory واستعرافية ومنظومية ومظاهر أخرى، وبالطبع فقد تم الاهتمام بشكل أكثر تفصيلا بالعلاقة العلاجية. والسؤال الذي يطرح نفسه باستمرار هو أين هي الحدود بين المفاهيم النظرية السلوكية والتطورات الأخرى، مع العلم أن لهذا السؤال أهمية تعريفية أكثر من الأهمية العملية.

فعند استخدام التشخيصات تظهر خلال فترات زمنية متوسطة انزياحات أساسية أيضا. وعليه فقد عارض المعالجون ذوي التوجه السيكوديناميكي في البداية مبدئيا التشخيص الإجرائي Operationalize Diagnostic، قبل ظهور منظومة التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي (قارن أعلاه والفصل الثامن في هذا الكتاب). ففيها تم

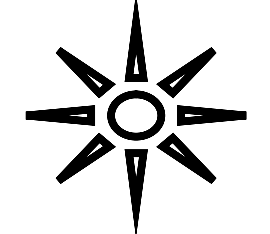
وضع تصورات نوعية بشكل أفضل مما كان يمكن تصوره. والمعالجون السلوكيون ركزوا لفترة طويلة على تشخيص السلوك بشكل خاص وكانوا شكاكين نجاه التشخيص الأعم، قبل أن يسود الاتجاه القائم على الاضطراب ومن ثم أصبح التشخيص الفئوي المطابق أكثر أهمية وأكثر قبولا. وقد عرض كاسبار (Caspar, 1996b) التطورات داخل التشخيص النظري السلوكي كتيار في عصر من التأثيرات المتنوعة، بمصبات وتشعبات، ولكن أيضا بتسربات- وهي صورة يمكن تطبيقها على تطور التشخيص أيضا. وهنا لابد من أيضا من أخذ تأثيرات بعين الاعتبار ليس لها علاقة بالمضامين. فقد تم تشبيه مؤتمرات التطوير في المنظومات الفئوية من المشاركين بالبازار الشرقي وفي المراهنة على التأثير فإن للدي أس أم DSM أوراقا أفضل من الآي سي دي ICD ليس لسبب آخر غير أن تسويق الدي أس أم DSM يتم بشكل أفضل من خلال الجمعية النفسية الأمريكية ومن الأرباح الناجمة عن ذلك يمكن دعم التطويرات اللاحقة والانتشار بأسلوب مختلف كلية عن منظمة الصحة العالمية الفقيرة بالمقارنة.

وتصرح منظومات التصنيف الفئوية (الدي أس أم والآي سي دي) بالامتناع النظري كمساهمة في إزالة التباين التي ترجع إلى الاختلافات إلى النماذج النظرية التي يعتمد عليها المشخصون المختلفون إلا أنه من المشكوك فيه أيضا أن يتقدم التشخيص من دون نظرية تصنيفية Nosological Theory . وهذا ما يجعل من النماذج التي تدعي على الأقل بأنها أكثر حيادية والتي قادت إلى إنتاج أدواتها الخاصة في القياس كمبدأ كول (Kuhl, 2001; PSSI) أو مبدأ الاتساق النظري لغراوة (Grawe,1998; 2004; FAMOS; Grosse Holtfroth & Grawe, 2000; INK; Grosse Holtfroth & Grawe, 2003). ومع الانتشار المتزايد للمفاهيم البيوعصبية الحيادية، على الأقل مقارنة بالنماذج التشخيصية المختلفة، فسوف ينجم تطورا قويا في التشخيصات المطابقة وحتى بالنسبة إلى الممارسة الإكلينيكية اليومية.



ثانيا

التشخيص في سياق التوجهات العلاجية المختلفة



صفحة زوجية فارغة

4- النماذج ذات التوجه النظري السلوكي

Bernd Roehler بيرند رولر

1- الخلفية
2- السمات العامة، التعاريف والإجراءات
3- منظومات التشخيص ذات التوجه النظري السلوكي
   3.1 نموذج SORCC
   3.2 تحليل المشكلة والسلوك لبارتلنغ ومجموعتها (Bartling et al.,1998)
4- تقويم ومناظير

1- الخلفيات

يرجع الفضل في نمو التشخيص القائم على النظرية السلوكية إلى تأثيرات متنوعة. أما الخلفية العامة فهي تطور تراث-قياس، قام بشكل خاص على المبادئ النظرية التعلمية ووجد انتشارا واسعا. ومجهزا بالطرق المناسبة أخذ مكانه الخاص بداية كنقطة نقدية مضادة تجاه الأشكال التقليدية من التشخيص.

وبتوسع كبير أرجع أولنديك وألفارينس وغرين (Ollendick, Alvarenz & Greene, 2004) تاريخ التشخيص القائم على النظرية السلوكية إلى بدايات التشخيص عموما (انتقاء الأشخاص في الصين القديمة 2200 ق.م؛ والتصورات حول الاضطرابات النفسية عبر القرون).

وبمعنى أوثق إلى حد ما ينبغي النظر إلى الجهود من أجل قيام علم نفس مؤسس إمبيريقيا كأساس إلى هذا النوع من التشخيص (قارن الفصل الأول من هذا الكتاب). ومما لاشك فيه فإن نمو المبادئ النظرية التعلمية هو الأساس الحاسم للنماذج المختلفة للتشخيص القائم على النظرية السلوكية (O'Donohue & Ferguso,2004).

وبداية يحتل مبدأ تعلم الإشراط التقليدي (يتم تعلم الارتباط بين المثيرات والاستجابات الارتكاسية) والإشراط الإجرائي (يتم تعلم الارتباطات الوظيفية بين مؤشرات المنبهات والاستجابات وعواقبها) مركز الصدارة هنا. ولاحقا تم توسيع هذه المبادئ من خلال مبادئ التوجيه الاستعرافي للسلوك. ومن خلال نسبانية relativity النموذج السلوكي الأول وتطوير المبادئ النظرية التعلمية وصولا إلى التصورات المسندة إلى نظرية التوسيط وليس آخرا التصورات السلوكية-الاستعرافية حصل كذلك تحول في التشخيص القائم على النظرية السلوكية. إلا أن تحليل الظروف الموقفية والعلاقات الوظيفية بين السلوك والظروف الخارجية والداخلية الموجهة ظلت في المركز.

وتحولت المناقشات التجريبية حول الاختبار الإمبيريقي لهذه النماذج من نواح عدة إلى أساس التشخيص القائم على النظرية السلوكية. وبداية تميز هذه المناقشات argumentation التشخيص القائم على النظرية السلوكية بوصفه إجراء موجه بالفرضيات، ولكن في الوقت نفسه أيضا يركز على اكتساب سلوك جديد. وليس من النادر أن تم تعقب هذه الأهداف من خلال تجارب الحالة الفردية (اشتهرت منها حالة اكتساب وتعديل السلوك الخواف لطفل في سن الثالثة من خلال (ماري كوفر جونس وجون واطسون Mary Cover Jones & John B. Watson). وعلى هذه الطريقة تحول التشخيص القائم على النظرية السلوكية إلى تشخيص فردي، أي مفصل على الحالة الفردية وفي الوقت نفسه إلى إجراء قائم على التعديل. وكما تم وصف الفرضيات اللازمة لذلك بالفرضيات الفردية ideographical Hypotheses . ومن المفترض لهذه النظريات أن تكون مسندة نظريا، ومبرهنة بخلفية إمبيريقية أو على سبيل المثال مبرهنة بمساعدة المعرفة الخبراتية.

وقد سرع تطور طرق التدخل العلاجية السلوكية، القائمة على مفاهيم نظرية قابلة للمقارنة هذه العملية بشكل خاص. وقد تم حفز استخدام طرق القياس القائمة على النظرية السلوكية من خلال الإنجاز الواسع للأدوات المختلفة في المجالات المختلفة

من العمل. ومن بينها تصميم العلاقات بين المثير والاستجابة في المدارس والمصانع والجيران وامتدت للتصميم المطابق للبرامج القائمة على البلديات وحماية البيئة. وقد تم دعم هذا التطور بنيويا من خلال إصدار الصحف (مثل القياس السلوكي Behavioral Assessment ؛ والمحلل السلوكي The Behavioral Analyst) ومن خلال تأسيس جمعية التحليل السلوكي Association of Behavioral Analysis
(http://www.abaiternational.org).

وترافق مع هذا تطور طرق الحصول على البيانات التي تحاول قياس السلوك الحركي واللفظي والاستعرافي والفيزيولوجي- الانفعالي بشكل مباشر قدر الإمكان وبالمعنى الوظيفي في الوقت نفسه. وبهذا فقد حظيت نماذج مثل ملاحظة السلوك بالتحديد والقياسات النفسية الفيزيولوجية بأهمية خاصة (قارن الفصل 14 من هذا الكتاب).

وقد كانت المواجهة المشار إليها سابقا مع التشخيص التقليدي مهمة جدا لتطور التشخيص القائم على النظرية السلوكية (قارن الجدول 1).

فقد اتهم التشخيص التقليدي بأنه غير "اقتصادي" كفاية بالمعنى النظري العلمي بسبب قبوله للبناءات الافتراضية. وفي سياق "نقاش الموقفية Situationism debate[1]" تمت

(1) الموقفية: اتجاه في علم نفس الفرق الفردية و علم نفس الشخصية وعلم الاجتماع، تحتل فيه سيطرة تركيبة المثيرات الموقفية أو المصادفات Contingence [الارتباط بين أحداث مختلفة] (خصائص الموقف) مركز الصدارة. وتتحدد الشخصية على أساس تاريخ تعلمها. ويؤكد الموقفيون على أهمية المواقف والمتغيرات المختلفة . وتعزو الموقفية السلوك "الثابت" للشخص عبر مواقف مختلفة لسمات الموقف (الموقفية: السلوكية المتطرفة) أو لفاعل خصائص الشخص مع الموقف (ما يسمى التفاعلية Interaction. ويقابلها الشخصانية Personalism حيث تعزو أنماطا سلوكية ثابتة لسمات الشخص الفاعل (ما يسمى بالمقاصد الداخلية). وفي حين يعزو علم نفس الجمهور سمات شخصية كثيرة كأن نقول فلان لطيف، ودود، ذكي/ غبي/ رياضي...الخ. فإن النتائج الإمبيريقة لم تبرهن هذا. ففي عام 1984 أخضع كونلي مجموعة من الأشخاص لفحص تتابعي لأربعين سنة ووجد ارتفاع في ثبات الذكاء ومتوسط للانبساط والعصابية في حين تأرجحت الاتجاهات ومشاعر الصحة الذاتية و الرضا عن الحياة بشدة.

مواجهة التصور القائل بأنه يمكن من الإجابات عن الاختبار استنتاج المتغيرات النفسية الكامنة خلفها (سمات الشخصية على سبيل المثال) بالتصور القائل أن السلوك الملاحظ يمثل متغيرة نفسية حقيقة وأنه على المرء أن يستدل في كل المواقف النوعية أو التفاعلات بين الشخص والمحيط على الظواهر المطابقة كلها. إلا أنه ومع تبني الموقف السلوكي الاستعرافي قد زالت هذه الرؤية الصارمة لصالح رؤية افترضت وجود تعلقية بالبيئة وتأثيرات لاستعدادات في شكل من الكفاءات ومخططات التصرف...الخ على السلوك. إلا أن الأمر الفاصل يظل في هذا المدخل بأن الأمر يتعلق بأشكال متمثلة من السلوك لابد من تفسيرها في التفاعل مع الظروف الموقفية.

جدول (1): عرض لأهداف وفرضيات التشخيص التقليدي وذي التوجه النظري السلوكي (عن باريوس Barrios,1988)

	المدخل القائم على نظرية التعلم Behavior oriented approach	التشخيص التقليدي Traditional Diagnostic
الأهداف	• تحديد السلوك المشكل والشروط المحافظة • المساعدة عند اختيار العلاج • المساعدة في تحسينات العلاج • المساعدة في التقويم	• تصنيف الاضطرابات • تحديد الشروط النشوئية والتاريخ حياتية المهمة • المساعدات التنبؤية
الفرضيات	• السلوك هو دالة للموقف أو تفاعل الشخص مع الموقف	• السلوك هو دالة المتغيرات النفسية الداخلية intra psychic
الأسباب	• اضطرابات السلوك هي نتيجة تاريخ التعلم وما ينجم عن ذلك من ظروف	• اضطرابات السلوك هي نتيجة لبنية مرضية Pathological

		المدخل القائم على نظرية التعلم Behavior oriented approach	التشخيص التقليدي Traditional Diagnostic
		محافظة على استمراريتها • الانحراف عن معيار طبيعي	Structure أو عملية Process
	الأهمية	السلوك هو عينة موقفية من ذخيرة الشخص.	السلوك هو علامة لحالة أو سمة كامنة خلفه.
الاستخدام أدوات القياس	الحصول على البيانات	• الجرد inventoration	• اختبار، انتقاء منطقي للبنود
	البناء/ التنظيم	• مراعاة السمات السياقية • تمثيل السلوك لمجموعة ما representatively of Behavior for repertory	• مراعاة قليلة للسمات السياقية • أهمية القيمة الدلالية لإشارة ما (دلالة ما) على السمة.
	المدى	• بؤرة عريضة: السلوك، الظروف، ظروف العلاج، العملية العلاجية	• بؤرة ضيقة: علامة، ترتيب في سمة ذات دلالة على العينة
	توقيت القياس	• مستمرة أو فترات مختارة من العملية العلاجية	• مقارنات–قبلية–بعدية
	التفضيل	• الطرق المباشرة (ملاحظات السلوك على سبيل المثال)	• طرق غير مباشرة
الموضع النظري العلمي/ الطرائقي		• فردي Ideographic	• قانوني (تشريعي، عام) • قوانين حول الفروق البين فردية Interindividual
محكات الصلاحية (الجودة)		• أهمية (نسبية) متعلقة بالهدف	• نمط ثابت من الأهمية

وسوف يتم التطرق للتعارض القائم بين التشخيص القائم على النظرية السلوكية والتشخيص التقليدي في مظاهر أخرى أيضا. وعليه فقد تم التأكيد كثيرا على الموقف المذكور للمبدأ الفرداني، الذي يقف ضد الموقف التعميميnomothetic، أي مبدأ القانونية العامة، العابرة للأشخاص في التشخيص التقليدي (قارن الفصل الأول من هذا الكتاب). وبالارتباط الوثيق مع هذه المقارنة يوجد أيضا موقف رافض لمنظومات التصنيف العالمية للاضطرابات النفسية. بل أنه قد ذهب المرء بعيدا في المناداة بتطوير منظومات تصنيف تقوم على تقسيم السلوك. وهنا تعلق الأمر بمشكلات مختلفة مثل تحديد نقص ضبط المثير أو الأشكال المختلفة من قصور السلوك أو الإفراط فيه، أو ظروف التعزيز غير المناسبة، وكذلك الموارد المهمة علاجيا (منشطات السلوك) (قارن جدول 2).

لقد تم توجيه بناء منظومات تصنيف خاصة ذات صبغة سلوكية من خلال الموقف النقدي العميق تجاه النموذج الطبي للأمراض. إلا أن منظومات التصنيف المذكورة أعلاه والتشخيص التقليدي، القائم على السمات تشبه جدا هذا النموذج الطبي (قارن الفصل الثالث من هذا الكتاب). وطبقا لذلك انهمر النقد لعدم موثوقية التشخيصات الطبية النفسية بشدة. فقد انتقد الثبات الضئيل في ذلك الوقت بين المشخصين Interrater agreement وضآلة الانفصال disjunctively والتحديد الإجرائي للفئات التشخيصية. وربما أيضا بسبب حقيقة أن هذه المنظومات قد أصبحت خلال الضبط الإجرائي الأدق أكثر قوة من الناحية الجدلية فإننا نجد منذ بعض الوقت اتجاهات تصالحية. وهي تنطلق من الرؤية التكاملية للاضطرابات النفسية: إذ أن الأساس التواصلي لمنظومات التصنيف هو الذي يتيح بداية التحليل الوظيفي اللاحق لذلك.

جدول (2): منظومة تصنيف ذات توجه سلوكي

مشكلات في ضبط منبه السلوك	
أ- ضبط غير كاف للمنبه	1- لا يتم توجيه السلوك بمثير تفريقي ملائم، أي سمات المنبه غير ملائمة للتمييزات [التفريقات] 2- خصائص المنبه ملائمة للتمييز، إلا أنه يوجد نقص في تعلم التمييز. 3- يظهر انخفاض في القدرة على التمييز عند التوتر الشديد، تأثير العقاقير...الخ. 4- يتم تقديم مثيرات التمييز بشكل نادر جدا أو أنها مقيدة بيئيا.
ب- سيطرة غير مناسبة على المنبه	1- ظروف التمييز قابلة للتمييز موضوعيا 2- توجيه السلوك غير الملفت للنظر (البسيط) 3- تنتج استجابات انفعالية شديدة، توتر فيزيولوجي مرتفع وسلوك هرب-تجنب.
ج- قصور في ذخيرة السلوك قصور من النوع الأول	غياب الكفاءات (الاستعرافات، السلوك الواضح، الانفعالات)، اللازمة لمواجهة المطالب الملموسة بشكل فاعل (الاجتماعية، المدرسة، المهنية، التعامل مع الشخص نفسه)
قصور من النوع الثاني	الكفاءات موجودة، ولكن يتم قمع السلوك
ذخيرة سلوك منفرة (إفراط في السلوك Behavior excessive)	أنماط السلوك المقيتة بالنسبة إلى الأشخاص الآخرين.

مشكلات في ضبط منبه السلوك	
مشكلات مع عواقب السلوك	• تشويقات غير كافية في الفرد • تشويقات غير مناسبة في الفرد • خطط Plans تعزيز إشكالية • غياب التشويقات في المحيط (لا يستجيب المحيط بعواقب إيجابية أو سلبية أو بأية عاقبة) • تشويقات متناقضة في المحيط (من خلال مصادر تعزيز مختلفة أو خطط تعزيز غير ثابتة تتم معاقبة السلوك غير المرغوب في بعض الأحيان ومكافئته في أحيان أخرى • غياب خطط التعزيز المتقطعة intermittent لتعزيز السلوك المرغوب • تقييم سلبي للذات
سلوك فاعل Behavior active	لتحديد الموارد العلاجية المهمة (على سبيل المثال إمكانات التمييز discrimination possibilities ، الكفاءات Competency ...الخ)

بالإضافة إلى ذلك تظهر إلى جانب بعض الاتفاقات انحرافات أساسية في معنى وأهمية المحكات النظرية للاختبارات (قارن جدول 3). فمن بين مؤشرات الثبات المختلفة Reliability يمتلك ثبات المحكمين في التشخيص القائم على نظرية التعلم أهمية شبيهة، إلا أنه يتم النظر لعدم ثبات مواضيع القياس على أنه تباين مرتبط بالموقف أقرب للحقيقي. ومن بين المحكات المختلفة للصدق يلعب الصدق المضموني دورا حاسما. وهنا فقد طرح كون (Cone,1981) السؤال عن الدقة المضمونية للسلوك المراد

قياسه. ويفترض كون Cone في إطار نموذج الدقة مؤشر لا يقبل الجدل incontrovertible. وهذا المقدار من الدقة ينتج عن ملائمة أداة القياس مع السلوك المراد قياسه (على سبيل المثال قد تكون منظومة التصنيف الفئوي غير ملائمة بالنسبة إلى العرات الحركية الدقيقة). فيتم تدقيق ذلك من خلال قياس السلوك عبر الوقت والمواقف وبهذا يتم الحصول على معلومات أكثر دقة (الصدق التراكمي incremental Validity).

وقد تمت مناقشة أحد المظاهر الجزئية من هذه الدقة في نموذج التعميم. ويطرح هذا النموذج في قياس الصدق المضموني السؤال عن قابلية النتائج الثابتة للتعميم على المواقف وأحيانا على الأشخاص؛ ومن أجل ذلك تم تطوير معامل G-Coefficients خاص، إما مرجع إلى معيار أو مرجع إلى محك. وتكمن الفكرة الأساسية لمعامل G-Coefficients (انحراف القيم المنفردة عن متوسط القياسات عبر المواقف)، في تحديد الملاحظ كمقياس للتعميم (على سبيل المثال الانحراف عن متوسط عدد من المشخصين المختلفين لأشخاص عدة).

ويطرح نموذج آخر السؤال عن فائدة التشخيص القائم على السلوك. ويقدم هذا النموذج المعيار التالي: يكون القياس جيدا عندما يحسن العلاج.

وهنا يفترض المرء أن الفائدة تنبثق من العلاقة بين الجهد الضروري من أجل إتاحة التخصيص الصحيح لخطوات العلاج على أوضاع المشكلة الفردية. وحتى في التشخيص القائم على النظرية السلوكية لابد من اختبار فيما إذا كان التشخيص المكلف أفضل من تخصيص برنامج قياسي Standard Program بعد الفحص [الفرز screening].

وبما يشبه الجدل حول منظومات التشخيص التصنيفية خف كذلك الخلاف حول التشخيص التقليدي عموما. أما الأسباب الرئيسية لهذا فهي:

- تطوير المبادئ القائمة على السمات إلى مداخل تفاعلية ومداخل قائمة على الفردية أيضا وربطها بالمفاهيم السلوكية-الاستعرافية في التشخيص النفسي الإكلينيكي.

- غياب الأدوات المناسبة والحماية النظرية الاختبارية test theoretical Guard لأدوات القياس القائمة على النظرية السلوكية وفي الوقت نفسه تبني الأساليب القائمة على العمومية nomothetic oriented (فقد ظلت على سبيل المثال البيانات التفصيلية Inventoration حول براهين الفائدة والدقة والتعميم نادرة).

جدول (3): عرض لأهداف وفرضيات التشخيص التقليدي وذي التوجه النظري السلوكي (عن باريوس Barrios,1988)

		التشخيص التقليدي Traditional Diagnostic	المدخل القائم على نظرية التعلم Behavior oriented approach
الثبات	المشخص	ثبات التطابق أو الاتفاق مهم	ثبات التطابق أو الاتفاق مهم
	زمنيا	مهم للثبات	غير ضروري ولكن ممكن
	الاتساق الداخلي	مهم لبرهان وحدة السمات	أهميته متعلقة بالهدف
الصدق	المضمون	قليل الأهمية بالنسبة إلى أهمية البناء	مهم كدليل على تمثيل المقاس
	البناء	أهمية مركزية بالنسبة إلى الاستنتاج الاستدلالي للسمات	لا أهمية له، ربما كصدق تجريبي
	التقاربي convergent	مهم لبرهان أن البناء يشمل أكثر مما تقيسه الأداة	مهم بمعنى الدقة التقاربية (مقدار القياس المضبوط للسلوك)
	المرجع إلى محك	مفيد للتنبؤ، غير ضروري	مفيد للتنبؤ، أقل أهمية من صدق المضمون
	التمييزي	مهم لتمييز البناء	غير مهم؛ يتم قياس المعرف.

التشخيص التقليدي Traditional Diagnostic			المدخل القائم على نظرية التعلم Behavior oriented approach
	الحساسية للتعديل	مهم في التقويم	مهم في التقويم
	التبيؤي ecological	مهم بسبب فرضية ثبات السمات العابرة للموقف	مهم فقط، إذا كان لابد من برهان ثبات المنبه.
المعايير		مهم لمقارنة الأفراد بالجمهور	غير مهم، التباين الضمني Intra individual مهم؛ مفيد للصدق الاجتماعي social Validity
الدقة	الحدوث occur	غير مهم، ذلك أنه لا يفترض أن يتم قياس السلوك مرة أخرى	مهم بمعنى نقطة ارتكاز تشخيصي
	الزمنية	غير مهمة لأنه لا يتم قياس السلوك في فترة زمنية ثانية	مهم داخل الفترات الزمنية وفي أوقات مختلفة.
	المحيطية setting	غير مهمة، لأنه لا يفترض أن يتم قياس السلوك في مواقف أخرى	مهم بمعنى الحساسية للسلوك ضمن ظروف تنبيهية مختلفة.
	التقاربية convergent	غير مهم، لأنه لا يتم قياس السلوك بطرق أخرى	مهم من أجل قياس العلاقة بين أنماط السلوك المختلفة (ضبط أخطاء القياس).

ومن هنا فقد تطور الجدل إلى منافسة مثمرة أو حتى إلى بيانات مفصلة على نفس الدرجة إلى حد ما، يستطيع المرء اللجوء إليها في التشخيص النفسي الإكلينيكي حسب

المشكلة. وكان كون (Con,1986) قد نظم هذا مع بعضه في وقت مبكر جدا، بأن طور منظومة شاملة لـ 32 حقلا للتشخيص النفسي الإكلينيكي. وتشمل هذه المنظومة إمكانات تشخيص استدلالي deductive أو استقرائي inductive، فردي أو قانوني ideographic or nomothetic. وتستطيع هذه المنظومة التوجه نحو التباين البين فردي والبين شخصي ويمكن أيضا تحديد العلاقة بين السلوك والمحيط كعلاقة تفاعلية أو غير تفاعلية.

2- السمات العامة والتعريف والإجراء

على خلفية المواجهات بين الأنواع المختلفة من التشخيصات تطور في هذه الأثناء فهم أساسي للتشخيص القائم على النظرية السلوكية Behavior theoretical oriented Diagnostic . وهذا الفهم الأساسي يمكن اختصاره مع أوبرين وماك غراث وهاينس (O'Brien, McGrath & Haynes,2003) على السمات التالية: التشخيص النظري السلوكي هو عبارة عن مبدأ إمبيريقي، يرفض الحتمية النفسية لصالح حتمية موجهة من المحيط أو حتمية تفاعلية. ويتميز هذا المبدأ بنظريات التعلم والنظريات الاستعرافية، والاهتمام بالتحليل الوظيفي للعلاقات بين المحيط والسلوك. ولا يتم قياس السلوك في السياقات الوظيفية فقط، وإنما هو قابل للتعديل ومتغير زمنيا (يمتلك مرونة). ويجب قياسه على المستويات المختلفة حديثا (في الوقت الراهن) قدر الإمكان بمساعدة أدوات قياس مختلفة. ويلخص هايبي وهاينس (Heiby & Haynes,2004) هذه السمات الأساسية لهذا التشخيص على النحو التالي:

> التشخيص ذو التوجه السلوكي هو مدخل علمي للقياس النفسي يؤكد على ما يلي: الأنواع الاقتصادية من الاستنتاجات، اختيار أدوات قياس صادقة، ملائمة للسياق؛ تحليل السياقات الوظيفية؛ الأحكام التي تقوم على قياسات للمواقف المختلفة بمساعدة الطرق المختلفة وباستخدام المصادر المختلفة للبيانات وعبر أوقات مختلفة (ترجمة المؤلف، صفحة 7).

وتشترك كل المداخل التعريفية للتشخيص النظري السلوكي بتصور قابلية السلوك للتعديل. ومن أجل ذلك تم في سياق التشخيص الإكلينيكي النفسي تطوير منظومات. وهذه المنظومات على الرغم من المصادر النظرية المختلفة تتشابه جدا مع بعضها في الأسلوب أو الإجراء. وهذه السمات العامة للإجراء هي:

أ - التوجه نحو نموذج تجريبي يجعل التشخيص القائم على النظرية السلوكية يتحول إلى أسلوب إجرائي (معرف إجرائيا) موجه بالنظرية، يضع في الاعتبار إمكانات الدحض falsification والتصحيح (شامل exhaustion).

ب- ويرتبط مع هذا بشكل وثيق تصور أن الحدث التشخيصي يجري في عملية متكررة recursive Process. وهذا يشمل مراحل تحديد المشكلة وقياس المحددات المهمة (الوصف الدقيق للسلوك والظروف في سياق النظرية المستخدمة)، وتطوير نماذج تفسير مع تحديد للهدف قصير الأمد وطويل الأمد واختيار مبادئ أو وسائل التعديل واتخاذ القرار بالنسبة إلى إجراء معين والتقويم المستمر والختامي لهذه التدخلات. وهدف هذه العملية هو صياغة مفهوم للحالة مهم من الناحية العلاجية، فردي وخاص بالمشكلة وبالشخص. وغالبا ما يتم عرض هذا على شكل رسم بياني للسمات الأساسية وسياقاتها السببية أو حتى المنظومية (قارن الفصل الثاني من هذا الكتاب).

ج- ويترافق مع هذا قياس السمات المهمة وسيليا[1] tactic كتحليل الموارد والدافعية للعلاج والعوائق الخارجية (كالوضع الاجتماعي، واستجابات الأقارب، والمعززات المفيدة، ونوعية علاقة المعالج-المتعالج...الخ).

د- كل شيء يقاس في سياق مؤسساتي بأساليب محددة (تكاليف مقبولة وتعويض عن العمل التشخيصي) وفي حدث اجتماعي- تفاعلي أيضا، وبشكل خاص بين المشخص والمريض.

---

(1) أي بغرض الحصول على المعلومات الهادفة من أجل هدف محدد، أو اكتساب فائدة مؤقتة.

هـ- من أجل التمكن من إنجاز مفهوم الحالة يتم تفعيل مكونات معرفية ذات أنواع مختلفة لدى المشاركين (معارف إمبيريقية-نظرية، معارف خبراتية، معارف من الحياة اليومية أو حتى معارف تقترب من النظريات الساذجة[1]).

وتتكون محتويات التشخيص القائم على نظرية التعلم من مكونات مختلفة جدا ارتباطا بالمكونات العلمية النظرية الإمبيريقية. وقد أصبحت مفاهيم التشخيص النظري السلوكي المختلفة في المحيط الناطق بالألمانية مشهورة من خلال منظومتين سنقوم بوصفهما فيما يلي:

3- منظومات التشخيص ذو التوجه النظري السلوكي

Behavior theoretic oriented Diagnostic Systems

منظومتا التشخيص القائمتان على تحليل السلوك هما: نموذج[2] SORCC لكانفر وساسلو (Kanfer & Saslow,1974) وتحليل المشكلة والسلوك لبارتلنغ وإيكلماير وإنغبيردنغ (Bartling, Echelmeyer & Engberding,1988). وعلى الرغم من الفروق الزمنية في النشوء مازال هذان النموذجان يحتلان مركزا مهما على الأقل في الممارسة العملية.

---

(1) النظريات الساذجة أو البسيطة: تصف المفهوم الأساسي حول النمو والتفكير النفسي الذي يرجع إلى أعمال بياجيه (1896-1990). والنظريات البسيطة أو الساذجة عبارة عن نماذج تفكير يبنيها الأطفال على أساس الخبرات الفردية العلمية أو الطبيعية لتفسير ظواهر أو مواضيع. وتنحرف النظريات البسيطة عن مستوى النظريات الصحيحة علميا بصورة كبيرة في الغالب، غير أنها تتبع من منظور الطفل منطقا متينا. وفي هذا الجانب يمكن مقارنتها بنظريات الحياة اليومية / إلا أنها على عكس نظريات الحياة اليومية تبدي طبيعة "بسيطة" لأنها مصبوغة بتاريخ التعلم عند الطفل. والتسمية "بسيطة" أو ساذجة في هذا السياق لا تعني "صدفة" "جاهلة" وإنما تعني "ابتدائي، أصلي".

(2) (المثير- العضوية- الاستجابة- المصادفة- العاقبة S: Stimulus → O :Organism → R: Reaktion → C: Contingence → C: Consequence).

3.1 نموذج SORCC

المنظومة التشخيصية الأولى والتي مازالت مهمة حتى اليوم هي من حيث الجوهر ما تسمى بمنظومة SORCC (م.ع.س.م.ع) (Kanfer & Saslow,1965, 1974). ويقدم هذا التصور الإطار للتحليل الوظيفي للسلوك المشكل (قارن الجدول 4). وهو يقيم علاقة بين ظروف الموقف Situations Condition ، أي المنبه أو المثير Stimulus (S) السابق للسلوك المشكل (الاستجابة Reaction) (R) والعواقب الناجمة عن ذلك Consequences (C) أو مع خطط التعزيز المشمولة في المصادفة Contingence (C) (تعزيز مستمر، متقطع، متغير مع الوقت، متأخر على سبيل المثال). ويمكن للمنبهات أو المثيرات أن تكون من النوع الخارجي أم الداخلي (أفكار وتعليمات ذاتية self-instructions)، كما يمكنها أن تتباين في درجة تعقيدها (امتدادا من الإشارات إلى الوضع الاجتماعي). ويسبق هذا التحليل اختيار الموقف المشكل وتنميط السلوك المشكل على أنه قاصر deficit أو مفرط excessive (قارن الجدول 4).وعند توضيح الموقف المشكل يتم التركيز على تحليل الشروط أو الظروف المعيارية للاضطراب، وتاريخ المرض الذي يفترض له أن يقدم دلائل على المحاولات العلاجية الممكنة ونماذج تفسير المرض المستخدمة من المريض والأقارب...الخ. وهنا يحتل السؤال التالي نقطة مركزية: من تزعج المشكلة؟ (من المنزعج من المشكلة؟) ما هو سلوك المرض الموجود (المبادرة الذاتية على سبيل المثال)، من الذي قام بالتحويل، ما مدى شدة المشكلة. منذ متى هي قائمة، ما مدى تعلق المشكلة بالموقف (خاصة بالموقف).

وتشمل متغيرات العضوية (O) (Organism) الحالات العابرة والمستمرة (التعب الجسدي، الآفات الدماغية على سبيل المثال). فمنذ القديم تم استخدام هذه المتغيرة من أجل ترتيب حتى السمات النفسية الثابتة نسبيا ضمن هذه السمة. وعلى الرغم من أنه كان هناك خلاف منذ البداية حول هذا الترتيب. فما زال هذا التقليد حيا حتى اليوم، حتى وإن كان يسري ترتيب البنى الاستعرافية ضمن أنماط السلوك الإشكالية المطابقة.

جدول 4: منظومة تصنيف تحليل السلوك
عن كانفر وساسلو (Kanfer & Saslow, 1965, 1974)

- التحليل الابتدائي للموقف المشكل وقصور السلوك والأفعال active
  - تحديد القصور أو الإفراط.
  - تحديد الأجزاء المختلفة للمشكلة.
- توضيح الموقف المشكل

تحليل الشروط أو الظروف المعيارية للاضطراب

أ - تاريخ المرض (السيرة المرضية).

ب- المحاولات العلاجية وحتى الآن.

ج- التحليل الوظيفي للمشكلة من خلال نموذج (المثير-العضوية-الاستجابة-المصادفة-العاقبة S: Stimulus → O :Organism → R: Reaktion → C: Contingence → C: Consequence) (قارن النص)

- وصف سلوك المشكلة (الطبوغرافيا[1]، التكرار، الكمونية) على المستويات المختلفة: لفظي-حركي، استعرافي، انفعالي، فيزيولوجي)
- تحديد النتائج أو العواقب: المعززات أو التعزيزات سلبية،الإيجابية
- تحليل نسب الاحتمالية: التكرار والتعاقب الزمني للنتائج؛ تقوية متتالية، متقطعة، مستمرة، الخطط[2] الحصص النسبية Quota Plans، خطط الفواصل Interval Plans.

- تحليل الدافعية

أ- تحليل مجالات التعزيز الموجودة

---

(1) الوصف أو التحديد الدقيق لسلوك المشكلة.

(2) البرنامج أو الخطة: هي الوسيلة المتوفرة للفرد لتحقيق أهدافه، وما يستطيعه ولا يستطيعه-بشكل مرتبط بالبيئة. والبرنامج يجيب عن السؤال لماذا يتصرف الفرد على هذا النحو.

- تحليل النمو
  - تحليل الخبرات الماضية ومنشأ الاضطراب باعتباره تاريخ تعلم (أيضا التقييدات البيولوجية والخصائص الثقافية
  - التغيرات السلوكية المهمة بالنسبة إلى العلاج.
- تحليل ضبط الذات (التحكم بالذات)
  - الإمكانات الفردية للسيطرة على المشكلة (ملاحظة الذات، تنوع المواقف المختارة ذاتيا، تسلسل الاستجابات، السلوكات البديلة والعواقب)
- تحليل العلاقات الاجتماعية
  - تحديد مصادر المعززات، من مستوى المطالب وقيم المعززات في السياق الاجتماعي.
- تحليل المحيط الاجتماعي والثقافي والفيزيائي
  - تحليل المعايير الراهنة للمحيط الاجتماعي
  - التقييدات في المحيط (فكريا، مكانيا، الاتجاهات نحو العلاج).

أما السلوك نفسه (الاستجابة Reaction) فلا بد وأن يكون قابلا للملاحظة أو يتم الإخبار عنه بصورة جديرة بالتصديق (موثوقة). ويمكنه أن يشمل على وحدات لحظية (العرات الحركية على سبيل المثال) أو أنماط مركبة (الأشكال الغنية التنوع من التجنب على سبيل المثال). ويتم قياسه[1] في نوعه (طبوغرافيا[2]، تكراره، كمونيته latency) وكذلك بالنظر للمستويات المختلفة أو في صورة تجليه (لفظيا، حركيا، مغطى،صريح، انفعالي، استعرافي، فيزيولوجي).

---

(1) على سبيل الكمال نشير إلى التمييز بين المظاهر الوصفية للمشكلة حسب لازاروس (Lazarus,1973)، الذي يجمع هذه المظاهر في الاختصار BASICID (السلوك Behavior، الانفعال Affect، الشعور sensation، التصور Imagery، الاستعراف Cognition، العلاقات البين شخصية Interpersonal Relationships، العقاقير Drugs). (المؤلف).

(2) بشكل وصفي دقيق لسماته الظاهرة.

والأمر المهم بالنسبة إلى العلاقات الوظيفية هو وصف نوع العواقب (C) وما هي القانونيات (خطط التعزيز) التي تعقب فيها هذه النتائج السلوك. وبما أنه من النادر أن يتم التمكن من الإخبار (عندما يقوم المريض بوصف حالته) بدقة عن هذه السياقات فقد اعتبر أنه لا يمكن الاستغناء عن منظومات ملاحظة السلوك من أجل هذه الخطوة من التحليل.

وفي الخطوة الثالثة يتم في إطار التحليل الدافعي فحص ما هي مجالات المعززات الموجودة عموما، من أجل التمكن من استغلالها علاجيا في مقتضى الحال. وهنا يسأل ما هي العواقب الإيجابية التي يتم تفضيلها، وما هي العواقب السلبية التي يخشى منها بشكل خاص.

وفي إطار تحليل النمو يتم إعادة بناء الخبرات الماضية ومنشأ تاريخ التعلم. وهنا يتم الاهتمام بتلك التغيرات السلوكية المهمة بالنسبة إلى العلاج (سلوك جديد كلية، شدة أو تكرارات مختلفة أو حتى الاختفاء العابر للسلوك المشكل). كما يتم السؤال عن الشروط الموقفية في التاريخ، من أجل التمكن من تحديد أنواع محددة من ظواهر التعميم (تحديد المنبهات التفريقية Identification of discriminative Stimuli، الإشراطات التقليدية، تأثير النماذج). ولا يقصد بإعادة البناء Reinstruction بناء قاعدة بيانات تاريخ الحياة البسيطة، بل يقصد البحث عن نماذج تفسير متطابقة مع التحليل الوظيفي. كما يتبع لذلك تحديد التقييدات الوظيفية (كآفات السمع والبصر لدى الأطفال على سبيل المثال كسبب للسلوك الاجتماعي الملفت للنظر) والخصائص الاجتماعية الثقافية (التربوية) في تاريخ حياة المريض (الشروط أو الظروف البيئية، المحيط، تشكيلة الأدوار، فائدة التأثيرات المجتمعية...الخ).

وفي الخطوة الخامسة، المتمثلة في تحليل التحكم بالذات أو ضبط الذات، يكون السؤال عن ما هي الإمكانات التي يمتلكها المريض - بغض النظر عن الأشخاص الآخرين والتأثيرات الأخرى- للتحكم بمشكلته وبناء بدائل سلوكية. فالسؤال هو:

هل يستطيع المريض التحكم بأعراضه/ مشكلته، ما الذي يوجد من شروط التحكم الذاتي (الملاحظة الذاتية؛ تعديل الظروف الموقفية، تعديل تسلسل الاستجابات، السلوكات البديلة المتوفرة، العواقب)؟ ويساعد تحليل العلاقات الاجتماعية في التعرف على مصادر التعزيز في السياق الاجتماعي وتحديدها. وهنا يتم السؤال بشكل خاص عن قيمة معزز الاضطراب[1] amplifier value of Disorder بالنسبة إلى شريك مهم (بالنسبة إلى الأم ، للأب، للزوج أو الزوجة..الخ)، من أجل التحييد المبكر للمقاومات الاجتماعية الممكنة تجاه التأثيرات العلاجية. وفي التحليل المرافق لذلك للمحيط الاجتماعي والثقافي (التربوي) والفيزيائي يتم التركيز على التعرف على التأثيرات المعيارية الراهنة عموما، وكذلك على التأثيرات المادية للمحيط الاجتماعي والبيئي. وبالأصل كانت الفكرة القائمة وراء ذلك هي أنه ينبغي مواجهة السلوك المشكل بتسامح أكبر وتخفيض ضغط المشكلة من خلال تعديلات المحيط (من خلال تحسين العتاد المادي على سبيل المثال).

عرض حالة من نموذج (م.ع.س.ح.ع) SORKC-Model

لا تستطيع المريضة ميسون مغادرة منزلها إلا بمرافقة شخص ما (منبه تفريقي لسلوك الاقتراب SD=discriminative Stimulus for approach Behavior، لأنها تخشى من أن تحصل لها مخاوف شديدة (منبه داخلي Inter Stimulus). فإذا كان لابد لها من مغادرة البيت بسبب الواجبات (مواقف من النوع الداخلي والخارجي)، فإنها تتجنب هذا من خلال إشغال نفسها أكثر بالواجبات المنزلية (استجابات حركية مركبة). إنها لا تشعر في هذه المواقف بأي خوف (تعزيز سلبي من النوع المباشر والمستمر) وبين الحين

(1) أي القيمة أو الأهمية التي يمتلكها استمرار الاضطراب بالنسبة إلى المحيط، بمعنى آخر الانعكاسات الإيجابية للاضطراب على البيئة المحيطة.

والآخر يتم مدحها مرارا من أقاربها على ترتيبها (تعزيز إيجابي متقطع، متأخر). إلا أن الحقيقة التي تظل قائمة هي أنها لم تعد قادرة على القيام مع الأصدقاء بأمور كثيرة من التي كانت تقوم بها في الماضي قبل موت أمها، مثل التسوق على سبيل المثال (فقدان التعزيزات الإيجابية =إطفاء من النوع الإجرائي). وأحيانا يبدو لها الموقف مزعجا جدا عندما ترى مدى تعلقيتها أو عندما ينتقدها زوجها على هذا في بعض الأحيان (عقاب، متقطع، ذاتي وخارجي).

وحتى عندما يرافقها أحدهم يمكن وبشكل خاص عند وجود ظروف مكانية حاصرة (منبه خارجي Stimuli extern) أن تظهر نوبات هلع (إفراطات سلوكية Behavior excessessiva، أنماط من الاستجابة المركبة). وهي تسير تقريبا على النحو التالي: بداية مشاعر دوار خفيفة، بعدئذ يأتي الخوف من الإغماء، وبعدئذ يتسرع القلب لدقائق عدة (استجابة فيزيولوجية مع طبوغرافيا، المجرى ومعلومة الكمونية)، إنها تشعر وكأنها ستموت (استجابة انفعالية) وتشعر بأنها تحت رحمة الموقف كلية (استجابة استعرافية). تم استبعاد الأسباب العضوية (O) مثل انسدال الصمام التاجي. وفي الوقت نفسه غرقت المريضة في سلوك غير استقلالي إلى حد ما (قصور سلوكي Behavior deficit). وقد تم عزو هذا بناء على تاريخها النمائي إلى وجود تصويرة ارتباط مزعزعة (insecure adhesion Schema (عضوية من النوع النفسي). وقد تضيق وضعها الحياتي بشكل شديد (منبه عام Global Stimulus)، إلى درجة أنها شعرت بالتهديد من أي تغيير طفيف في حياتها (عندما يتأخر زوجها في العودة للبيت مساء = منبه ملموس Concrete Stimulus).

وقد اتضح عند توضيح المواقف الإشكالية أن سلوك المريضة يضايق زوجها بشكل خاص، فمع أنه قد تكيف مع هذه الصعوبات إلى مدى كبير (دافعية داخلية قليلة للعلاج)، إلا أنه مرهق جدا بسبب الأعمال الإضافية الكثيرة التي عليه القيام بها بدلا عنها. وبداية وبعد إلحاح وتهديدات كثيرة بوضع الزواج موضع التساؤل أبدت المريضة استعدادها للجوء للعلاج (دافعية خارجية للعلاج). فحضرت مع زوجها

للجلسة العلاجية. والمشكلة قائمة منذ عشر سنوات على الأقل وتتصف بالمجرى المزمن إلى حد كبير. ووصفها زوجها بأنها مشكلة شديدة. وقد تم التعرف على تفضيلاتها الماضية بوصفها مفيدة للعلاج.

يتضح من تاريخ المريضة أنها قد عوقبت إلى حد ما على سلوكها المستقل (تعلم التجنب). كما أن أمها قد أبدت في المواقف العامة سلوكا خوافا وتجنبتها بقدر ما استطاعت (تعلم وفق النموذج). وبعد موتها المأساوي (حادث دهس بباص) نمت أعراض المريضة، انطلاقا من المواقف المزدحمة بالسيارات، والتي يصعب تجنبها، في كل المواقف تقريبا التي وصفتها بأنها لا تتيح إمكانات كبيرة للهرب (تعميم الموقف).

وبعد موت والدها بفترة قصيرة من ذلك أصبحت إلى حد كبير متعلقة كلية بزوجها، وخصوصا لأنها قد اكتئبت بشدة بعد خبرات الفقدان مباشرة (فقدان المعزز، تقييد السلوك باتجاه السلبية). وبعد الاتهامات الشديدة بشكل خاص من خلال زوجها حاولت المريضة مغادرة البيت. فابتعدت عن البيت باطراد (سلوك بديل)، إلا أنها لاحظت كيف تسارع نبضها (ملاحظة ذاتية). وظلت متجمدة في الموقف إلى أن عادت أخيرا للمنزل. وقيمت هذه المحاولة على أنها نجاح جزئي (تعزيز ذاتي). وعندما أخبرت زوجها عن هذه المحاولة، اتهمها بأنها قد عرضت نفسها ومن ثم هو للخطر من خلال هذا السلوك الطائش (لا يستبعد بأنه على الرغم من هذا الاتهام من الزوج أن تكون هناك مصلحة في استمرار وجود الأعراض). كما أنه مما يعسر الأمر أن البنية التحتية للبيئة السكنية للمريضة غير مشجعة لسلوك الاقتراب قصير الأمد.

وعلى الرغم من أن هذا النموذج قديم جدا ويحمل في طياته مجموعة من المشكلات فإنه لم يفقد أهميته العملية. أما أهم نقاط الانتقاد:

- المشكلات النظرية: لم يتم تمثيل كل نظريات التعلم المتوفرة في هذا النموذج بصورة خالية من التناقض. إذ يكاد يصعب دمج كثير من مظاهر التشخيص السلوكية

الاستعرافية التي تم تطويرها منذ ذلك الحين. وبشكل خاص البنى والعمليات الاستعرافية على سبيل الذكر، التي لا يمكن إعادة تصميمها (بنائها) في كل مظاهرها الجزئية المتنوعة بالشكل المناسب (الذاكرة الدلالية semantic memory ، النظريات الذاتية؛ الانتباه الموجه، الإعزاءات...الخ على سبيل المثال)، إذا ما قام المرء باختصارها على مستوى السلوك.

- يفتقد النموذج للبيانات (حسابات algorithm) التي يمكن أن تساعد في اختيار السلوك المشكل والكتل الجزيئية[1] molarity لهذا الجزء من التحديد، وكذلك أيضا للمعطيات الموقفية.
- وتترافق مع هذا مشكلات نظرية علمية: إن عزو أهمية الأحداث – مثلا: كاستجابة أو كنتيجة (ما يسمى بمعزز بريماك Premack amplifier: السلوك كتعزيز)- غالبا ما يكون صعبا. و التصنيفات اللاحقة (البعدية post hoc) معرضة لاتهام التفسيرات المتكررة التي لا معنى لها tautological exposition. وما يشبه ذلك ينطبق أيضا على تصنيف المثيرات الداخلية، التي يمكن وصفها على أنها استجابات استعرافية قابلة للقياس أو كنتيجة بمعنى تقويمات الذات.

وعلى الرغم من هذه المشكلات تحظى هذه المنظومة من التحليل بالتفضيل. ويرتبط هذا بحقيقة أنه يطلب استخدام هذه المنظومة بشكل خاص في مجال هيئات التكليف والتقارير عند تمويل العلاج السلوكي وفي مجال تقارير الحالات في إطار التأهيل للعلاج النفسي. وما زال هذا الأمر يحدث إلى حد ما بشكل جزئي حيث أنه في هذه المطالب يتم التخلي عن إعادة بناء تاريخ التعلم Reconstruction of history' learning المتعلق بالإشكالية لصالح التاريخ العام للمرض.

---

(1) مصطلح فيزيائي يعني كتلة المادة تمييزا لها عن حركات الجزيئيات والذرات. Molarity: التركيز الجزيئيي الغرامي.

وبشكل خاص فيما يتعلق بالمشكلات النظرية لهذا المبدأ قامت بارتلنغ وآخرون (Bartling et al.,1998) في المحيط الناطق بالألمانية بتطوير منظومة تصنيف سلوكية. وهي نتيجة تعديلات وتكييفات متنوعة مع التطور التاريخي النظري للتشخيص القائم على النظرية السلوكية.

3.2 تحليل السلوك والمشكلة لبارتلنغ وأخريات (Bartling et al.,1998)[1].

كانت هذه المنظومة بالأصل معتمدة بشدة على نموذج كانفر وساسلو. فعلى المستوى الأفقي horizontal قد تم بشكل أساسي اقتراح تحليل على شكل منظومة كانفر وساسلو. إلا أنه تم إكمال هذه المنظومة بتحليل شاقولي vertical بالبرامج (بالخطط Plans) وقواعد (المنظومة) (System-)Rules . ويرتبط هذا الإكمال بتأثير نظرية الفعل Act Theory في المحيط الناطق بالألمانية في بداية ثمانينيات القرن العشرين. ففي الرجوع عن تصور العضوية المدفوعة بالموقف والبحث في الوقت نفسه عن الشخص المتصرف (الفاعل) تأمليا وقصديا reflective and intentional handled Subject كان مثل هذا التوسيع مرحبا به جدا. فقد بدا تحليل المشكلات على مستوى الخطط واعدا بالتقدم بالنسبة إلى التشخيص النفسي الإكلينيكي، وكان يفكر فيه أيضا ما يسمى بممثلي التحليل الأفقي للسلوك (قارن الفصل الثاني من هذا الكتاب). وقد انعكس التوفيق بين التشخيص المصبوغ بنظرية التعلم السائد والتشخيص القائم على نظرية الفعل لدى بارتلنغ بداية في تحليل أفقي وشاقولي للمشكلات. وفي الوقت نفسه تم بالمعنى الانتقائي إفساح مجال لنموذج paradigm جديد من خلال قيام المرء بتصوير الحدث التشخيصي كله على أنه عملية تفاعلية لحل المشكلة. ومع التقدم في التشخيص السلوكي-الاستعرافي، الذي أيد باضطراد واضح نموذج معالجة المعلومات، تغير أيضا التحليل الأفقي إلى تحليل السلوك المشكل في المواقف. ويصف هذا التحليل مراحل عملية محتملة، كامنة خلف

---

(1) يتم التخطيط لطبعة جديدة - صدرت في أثناء صدور هذا الكتاب باللغة الألمانية- المترجم).

المشكلة، تحتاج لتعديل، من معالجة المعلومات والتخطيط للتصرف وتنفيذه وتقويم نتائج التصرف. مع العلم أنه قد ظلت في هذا النموذج بقايا المفاهيم السلوكية القديمة واضحة. ومقابل الاتجاهات القديمة فقد تم في السمات المهمة تكتيكيا التأكيد على أهمية علاقة المعالج-المتعالج بالنسبة إلى العملية التشخيصية والعلاجية.

وقد قسمت بارتلنغ عملية حل المشكلة التفاعلية-الاجتماعية إلى خمسة مراحل. ففي المرحلة الأولى يتم بالتعاون مع المريض تحديد مجالات المشكلة (بشكل مؤقت)، وتحليل سياقاتها وعواقبها واختيار نقطة انطلاق لمواجهة المشكلة. ومن أجل ذلك يتم تجميع كل المعلومات حتى الآن وتسمية أولويات التصرف وسلوك المرض حتى الآن وتحليل الوضع الحياتي الراهن.

ويعقب ذلك مرحلة تحليل المشكلة. فيتم في هذه المرحلة تحليل مجالات المشكلة المختارة على مستوى "السلوك - في - الموقف Behavior analyses-in-vivo" وعلى مستوى القواعد والمخططات وعلى مستوى تنظيم المنظومة. وفي هذه المرحلة يتم من قبل المريض والمشخص إعادة بناء نشوء وتشكيل (شكل العرض) واستمرارية المشكلة أو الاضطراب على شكل نموذج عوامل افتراضي.

ويفحص "تحليل السلوك في الموقف" الظروف الوقفية المهمة من النوع الداخلي والخارجي التي تسبق سلوك المشكلة (قارن جدول 5). وتشمل هذه الظروف من حيث المبدأ كل ما يمكن تصوره من الحدث والخبرة الداخليين وشروط المنبه الخارجية الطبيعية المعنوية moral physical كثيرا أو قليلا أو الاجتماعية أو المهمة تربويا واجتماعيا. على سبيل الذكر: المواقف أو المطالب الإشكالية الحرجة، الظروف المكانية، الزمنية، المادية (قارن ما يسمى بالأطر المحيطية [الخلفية] Setting)، سلوك الآخرين، المزاج، وضع حاجات المتصرف، ظروف الحالة الجسدية الدائمة أو الراهنة أو كليهما، التصورات، الأفكار، نوايا المتصرف. وهنا يظل المحتوى النظري لمفهوم الموقف Situation-Concept اعتباطيا إلى حد كبير. ووحدها الإشارة إلى مفهوم الإطار Setting

Conception تشير إلى توجه بيئي للباحثات. ووضوح مفهوم الموقف Situation-Concept من خلال الاستعرافات القائمة على الهدف (كالنوايا على سبيل المثال)، تجعلنا نخمن توجيه الاهتمام نحو إعادة البناء البيئي النظري لمفهوم الموقف. وبالنتيجة فمن الممكن أن يتحدث المرء عندئذ عن المواقف بمعنى شروط أو ظروف المنطلق للمتصرف (الشخص الفاعل) أو عن إمكانات التصرف أو مجالات التصرف أو مجالات المشكلة، التي لابد من استقصائها في سياق تمثل المعلومات وعملية التصرف act process.

جدول (5): نموذج تحليل ظروف (شروط) السلوك في الموقف الراهن لبارتلنغ وأخريات (Bartling, et al.,1998)

- **الموقف S : Situation** (م):

  ظروف أو شروط وأحداث مسبقة داخلية أو خارجية دائمة أو حادة
  - مواقف أو مطالب حرجة مهمة بالنسبة إلى المشكلة
  - ظروف(أطر Setting) مكانية، زمنية، مادية
  - سلوك الأشخاص الآخرين
  - السلوك الذاتي
  - المزاج، وضع الحاجات لدى المتصرف
  - الحالة الجسدية (الإحساس الجسدي)
  - التصورات
  - الأفكار والنوايا
- **عملية الإدراك PP :Perception Process** (ع.إ)
  - التوجه
  - الاستقبال
  - ترميز المعلومات

- **التمثل الداخلي Intern Processing**
  - تفسير الموقف
    ← العزو السببي، عزو الدلالة، التوقعات، الاستنتاجات.
  - تقويم الموقف
    ← مقارنة بين ما هو قائم وما ينبغي له أن يكون فيما يتعلق بالحاجات والأهداف والمطالب؛ محتوى المعنى أو الدلالة (الأهمية) الشخصي للوضع الراهن.
  - استعدادات التصرف
    ← الرغبات، المستويات standards (الخاصة وللآخرين)، الأهداف أو الصراعات بين المركبات المذكورة.
    ← الاستراتيجيات، مخططات التصرف، اتجاهات التصرف Acting Tendencies
    ← تقديرات الكفاءة الذاتية Self-Competency ، أي تقدير الكفاءة الخاصة والعواقب الممكنة (الفاعلية Efficiency .
    ← اتخاذ القرار والدافعية الخاصة (من خلال التعليمات الذاتية على سبيل المثال).
- **السلوك بمعنى التصرف/ الخبرة B : Behavior in sense Handle/Experience (س)**
  - سح: شكل حركي، تجليات سلوكية قابلة للملاحظة.
  - سن: سلوك انفعالي، الخبرة والإحساس الذاتيين.
  - سس: شكل استعرافي، الأفكار والتصورات الغنية بالصور
  - سف: سلوك فيزيولوجي، استجابات وأحاسيس جسدية.
- **العواقب C : Consequences (ع)**
  - الفترة: قصيرة الأمد، طويلة الأمد.
  - مكان النشوء: خارجي/ داخلي.
  - النوعية: النشوء أو غياب العواقب السلبية أو الإيجابية.

وقد تم تصوير عملية الإدراك بشكل أكثر وضوحا بكثير من الحدث المتجه نحو الهدف. وهي تفيد في انتقاء المعلومات لمهام التوجه واستقبال وترميز المعلومات. وقد تم وصف نوعية هذه العملية على أنها عملية لاشعورية ولا تعاش إلا بشكل ارتجاعي Reactive؛ إلا أنه على ما يبدو فإنه يقصد بذلك بأن هذه العمليات تكون في مرات قصدية intentional وأحيانا تلقائية. وتوجه العملية يكون إما نحو الداخل أو الخارج، واتجاه هدف العملية يتمركز أكثر على الحفاظ على الحالة أو تعديل الحالة. ويمكن أن تتنوع سعة الإدراك والانتقائية وكذلك تمايز نتاج الإدراك.

ويقود التمثل الداخلي للمرمز إلى تفسيرات وتقويمات الموقف والاستعدادات السلوكية المطابقة. وهنا تحصل إعزاءات سببية، تجعل من نشوء الموقف واستمراريته قابلا للتفسير. وتصبغ التقويمات والتوقعات والاستنتاجات الموقف بوصفها مهمة للتصرف أو مهددة كثيرا أو قليلا...الخ وتنبثق أهمية التصرف بشكل خاص من مقارنات الحالة القائمة والمفترضة فيما يتعلق بالأهداف والحاجات والمطالب.

وتتميز الاستعدادات للتصرف بالعمليات التوقعية التي تنشغل بتحقيق أو عدم تحقيق الأهداف ومع المستويات والرغبات. وتستكمل هذه العمليات الجزئية بتلك التي تفيد بناء مخططات التصرف التي تساعد على تقدير الكفاءة الذاتية والفاعلية الذاتية Self-Competency and Self Efficacy . وهناك عدد كبير من النظريات الاستعرافية التي تشكل الأسس النظرية لهذه العملية من التمثل الداخلي: نظرية العزو، مبدأ بيك وإيليز حول الاستعرافات اللاعقلانية في سياق العلاج الاستعرافي، المبادئ النظرية للتصرف act theoretical . ونظريات الكفاءة الذاتية. ومن الجدير بالاهتمام أنه لم تتم الإشارة إلى نظريات الوسائط النظرية، مثل نظرية مايكينباوم. وبشكل عام يظل تصنيف كل هذه النظريات ضمن العمليات الجزئية غير واضح إلى حد ما؛ إلا أنه من الواضح هناك نوع من التفضيل لنظرية التصرف.

وقد تم فهم السلوك بشكل واسع؛ فهو يتضمن تصورات حول السلوك القابل

للملاحظة والعمليات الداخلية كذلك كالخبرة على سبيل المثال ، والتصرفات كذلك (والذي يقصد به على ما يبدو السلوك القصدي). وهنا يتم اللجوء إلى المستويات المعروفة لتحليل السلوك عندما يتم التفريق بين الأشكال الحركية والانفعالية والاستعرافية والفيزيولوجية. وهنا يتجلى الموقف الانتقائي للباحثات.

وقد تم التفريق بين العواقب حسب الفترات (قصيرة الأمد أو طويلة الأمد) وحسب المصدر (داخلي أو خارجي) وحسب النوعية (ظهور أو غياب العواقب السلبية أو الإيجابية. ومن خلال القرب المفاهيمي من التحديدات السلوكية القديمة للعواقب. وبسبب التشبع النظري الممكن فلا يستطيع المرء فهم هذا الجزء من التحليل بوصفه استعرافي واضح أو نظري تصرفي. ففي هذا العالم الفكري ربما يكون المقصود تأثيرات التصرف والتأثيرات الجانبية وعمليات التقويم والعزوف. وهنا لا يتبقى سوى الانطباع بأن الباحثات بالفعل قد استرشدن بالنموذج الوظيفي المعروف على الرغم من أنهن قد اعتمدن على كلا التوجهين النظريين في هذا المجال.

ويشبه تحليل مخططات التصرف على مستوى شاقولي تحليل الخطة لكاسبار (قارن الفصل السادس من هذا الكتاب). ومع التأكيد على ضرورة تحليل بنى الهدف العابرة للموقف والدائمة يخمن المرء بأن الأمر يتعلق بإعادة بناء معرفة التصرف Act Knowledge، التي توجه "السلوك في الموقف". وبالعكس تؤثر نتائج عمليات التصرف الراهنة على البنى التي توجهها (بمعنى التعديلات أو التأكيدات). وفي الجوهر فإن الأمر يتعلق بإعادة بناء الارتباط بين الهدف- الوسيلة، التي تنتظم هرميا بالمعنى الأداتي والتي يمكن أن تدعم بعضها أيضا في الظروف المشحونة بالصراع. وقد تم عرض الأنماط أو السمات النوعية لاستنتاج مثل هذه البنى والطرق لدى كاسبار في الفصل السادس من هذا الكتاب بالتفصيل. ومن الملفت للنظر هو أنه لم يتم التطرق إلى بنى أخرى إلى جانب بنى المخطط وحتى تلك البنى ذات الأهمية بالنسبة إلى الاضطراب مثل التصويرات Schemata والبناءات والنظريات الساذجة والشبكات...الخ (قارن الفصل الخامس من هذا الكتاب).

وعلى مستوى قواعد المنظومة يتم فحص التأثيرات المعيارية بالشكل الذي يمكن فيه للمرء التعرف عليها في المنظومات الاجتماعية، التي تفهم فيها المشكلة كمكون من البنى والاستقرار والديناميكية في سياق رؤية منظومية علاجية أسرية على سبيل المثال (قارن الفصل التاسع والعاشر من هذا الكتاب). وهنا يتبدى مدخل لرؤية نموذجية paradigm تربط كذلك البنى الاستعرافية الفردية العابرة للفرد، والمهمة تعاونيا Collective في كل الأحوال. وكان من المفضل لو تم – في خطوة بينية – تحليل بنى الخطة بالنظر إلى مضامينها ووظائفها المعيارية أو التنظيمية الاجتماعية social-regulative ، من أجل التوضيح في خطوة أخرى بأن هذه المستويات من الحصول على البيانات غير كافية لتحقيق أهداف علاجية تعاونية collective.

وتقريبا تعيدنا هذه المرحلة من تحليل المشكلة إلى إلقاء نظرة على تاريخ المريض. ويفترض لهذه النظرة أن تؤكد نموذج التفسير على شكل إعادة تصميم تاريخ التعلم أو تساعد على مراجعته. إلا أنه في الوقت نفسه يتم الحصول كذلك على المعلومات المهمة وسيليا (ترتيبيا) في تصميم برنامج العلاج ويمكن أن تساعد المريض على الفهم الأفضل لمشكلته. كما تخدم صورة علاقة المريض- المعالج هذا الهدف أيضا. ويمثل تحليل السياق التلخيصي القابل لإعادة البناء نظريا العابر للمجالات المختلفة للمشكلة ختام هذه المرحلة. عندئذ يتم بداية الوصول إلى رسم لنموذج تفسير مجسد للعملية العلاجية وأهداف العلاج (مؤقت أيضا).

وبعد مرحلة تحليل المشكلة ذات الوزن المهم بشكل خاص تأتي مباشرة مرحلة تحليل الهدف. وفي هذه المرحلة يتم تحليل شروط التعديل وتحديد مجالات الهدف في أهميتها وتعاقبها. ومن ضمن هذا يتم تحليل ضغط المعاناة من وجهة نظر المريض والشريك المرجعي والمعالج، وكذلك الدافعية للعلاج والتوقعات والإمكانات المحفزة والكابحة، الموجودة في المحيط الملموس للمريض. وعند تحديد الأهداف العامة والأهداف الفرعية يتم أخذ وجهة نظر المريض والشخص المرجعي والمعالج بعين الاعتبار

وتوقع عواقب تحقيق الهدف. وهنا يلعب ثانية تحليل الإمكانات التي تتيحها علاقة المعالج-المريض دورا مركزيا.

وتساعد مرحلة تحليل الوسائل على الاختيار المشترك لوسائل التصرف أو الاستراتيجيات العلاجية وتحديد وتصميم برنامج معالجة للأشخاص المشاركين. وهنا يستند البرنامج العلاجي صراحة على المبادئ العلاجية التي يحددها تحليل المشكلة. وتتضمن أيضا هذه اعتبارات مبادئ التعديل الملائمة المتوفرة كمكون نظري للتقنيات العلاجية (على سبيل المثال الاستعرافات اللامنطقية كنقطة استناد، إعادة البناء الاستعرافي كمبدأ تعديل، العلاج الاستعرافي وفق بيك كتقنية). وفي الخطوة الأخيرة تجريب الإجراء المختار وتقويمه وتعديله في مقتضى الحال.

وبشكل عام يتعلق الأمر في تحليل المشكلة لبارتلنغ وأخريات بمنظومة مفصلة، لم تزل إمكاناتها غير مسبورة فيما يتعلق بقوة حجتها وتشبعها النظري. ومن المؤكد أن الأمر يتعلق بأسلوب مكلف جدا يترك سؤالا مهما مفتوحا: إلى أي مدى هذا الإجراء موثوق وثابت أيضا بالمقارنة مع المنظومات التشخيصية الأخرى؟

عرض حالة لتحليل وفق بارتلنغ وأخريات (Bartling et al.,1998)

لا تغادر المريضة ليلى، مطلقة وتعيش لوحدها، منزلها إلا بمرافقة طفلها (البالغ من العمر 4 سنوات) وهي لا تغادره إلا عندما لابد لها من المغادرة لأمر ضروري ولا تستطيع تأجيله. وتشكو من ضيق الظروف المكانية الاجتماعية والشعور بأنها مراقبة في الأماكن العامة. وتريد المريضة التحرك بلا قلق وهي تبحث عن شريك. وتعيش من الدعم الاجتماعي. وتم الاعتداء عليها جنسيا من أحد أفراد أسرتها. وهو لم يعد على قيد الحياة. وتعاني المريضة من مشكلات شديدة في قيمة الذات (هي تعتقد بأنها مثيرة للاستنكار) وتشكو من الكوابيس ومشكلات التربية والنوم.

في الخطوة الأولى لابد من تحديد المجالات التالية من المشكلة:

1- سلوك تجنب وهرب في الأماكن العامة.
2- مشكلات في قيمة الذات/ خوف اجتماعي.
3- مشكلات في التربية.
4- صدمات غير متغلب عليها (غير متمثلة).
5- مشكلات اقتصادية.

بداية المشكلة التي انتقتها المريضة هي التجنب (الاجتماعي)

أظهر تحليل السلوك في المواقف بالنسبة إلى هذا المجال الصورة التالية: إذا كانت هناك مناسبات "ضرورية للحياة" لمغادرة المنزل، تم في العادة وصف مخاوف توقع وتكتيكات مماطلة: فتظل في البيت إلى أن يكون عليها أخذ ابنها إلى الحضانة على سبيل المثال. وقبل مغادرة المنزل تتفحص لنصف ساعة على الأقل مظهرها كي لا تكون ملفتة للنظر بشكل مستقبح. فهي تخشى من الاحمرار بشدة في الأماكن العامة. فهي تنوي أن تكون أما جيدة وتغادر المنزل عندئذ مجبرة. وعلى الطريق تنتبه فيما إذا كان أحدهم ينظر إليها بطريقة ما. فإذا كان هذا هو الحال فإنها تقيم هذا على أنه نظرة احتقار لشخصها،

وكأنها تبدو كالمومس كالمعدمة جدا. فيتولد لديها الانطباع بأنها بشعة جدا ومرفوضة. فيهرب منها تصورها في الحصول على شريك. وتنوي أن تعمل أكثر على مظهرها. وتعمل في هذه اللحظة على إنهاء الموقف بأقصى ما تستطيع: فتصبح خطواتها أسرع، ويقصر نفسها ويتسرع نبضها، وتأمل ألا يلحظ أحد ما يجري معها، فتسلم ابنها في أقصر وقت مع الحد الأدنى من التفاعل الاجتماعي وتعود مسرعة إلى البيت. وفي البيت تكون سعيدة لقيامها بواجبها الأمومي، بعدئذ تعود للاهتمام بمظهرها. وتهدئ نفسها ثانية بالتدريج. إلا أن أملها بأن يتغير شيء ما في حياتها ينتهي على أقصى تقدير عندما يكون عليها إحضار ابنها من الحضانة ثانية.

عند تحليل المخططات والقواعد وقواعد المنظومة Analyze of Plans, Rules and System rules ظهرت الصورة التالية: فقد أظهر سلوكها الملموس أو اهتمامها بالجمال أو أسلوب التربية الوالدي، والاستفسار عن أهم حاجاتها، أنها تتوق لارتباط آمن (خطة عليا) لا تشعر فيه بالخوف والرفض أو أن يؤذيها شخص ما (خطة). إنها تحاول في كل المواقف الحياتية إتباع قاعدة ألا تبدو مرفوضة (قاعدة). وبما أنها مرت بخبرات سيئة في الأسرة وفي زواجها الأول، فإنها لا تثق بأحد، لأنه حتى وعندما يبدو رجلا ما لها جذابا (يوجد شخص مناسب من الجيران)، تتبع قاعدة "إذا كان شخصا ما مهما لك، فكوني عندئذ حذرة"؛ وهي قاعدة أورثتها لها أمها منذ وقت مبكر (قاعدة المنظومة System rule).

4- تقويم ومناظير

لا يطرح السؤال عن الثبات والصدق في منظومة بارتلنغ المعروضة هنا لوحدها؛ فهذا السؤال الرئيسي مطروح منذ القديم على التشخيص السلوكي، وإن كان ليس بصورة كثيرة كفاية،. وتتنوع الإجابات.

ولكن فحص محكات صلاحية منظومات تحليل السلوك والمشكلة كمنظومة

بارتلنغ على سبيل المثال تعد ضرورية أكثر من أي وقت مضى، إلا أن التحليل النفسي قد طور من هذه الزاوية نموذجا مقبولا: التشخيص الديناميكي النفسي الإجرائي الذي يرمز له اختصارا (2006) OPD-2 (قارن الفصل الثامن في هذا الكتاب). ويتجه السؤال عن ثبات المنظومات التشخيصية بالدرجة الأولى على درجة التطابق بين المستخدمين لمثل هذه الأدوات. وفي الدرجة الثانية يمكن الاستفسار عن ثبات النتائج التشخيصية، على الرغم من أن التشخيص السلوكي هنا يفضل الانسحاب إلى الموقع القائل أن عدم الثبات يعكس التباين الحقيقي للمقاس.

وتتأرجح مسألة الصدق في كثير من المظاهر الجزئية. وبشكل خاص يهتم التشخيص السلوكي بإجراء القياس الصادق مضمونيا أو تبيؤيا وبشكل مباشر بالقياس الشامل للمحكات. وهنا يلعب أيضا دورا فيما إذا كان المشخص (ما يتم تشخيصه) يمثل عينة مقبولة للموضوع الذي نهتم به أو إلى أية درجة يتيح التعميم عبر الزمن والموقف والأشخاص. ويرتبط محك الصدق الفاصل مع السؤال: ما هي فائدة المنظومات التشخيصية المطابقة للتخطيط للعلاج ونجاحه. وبالطبع هناك أنواع أخرى مهمة من الصدق، منها على سبيل المثال الصدق التراكمي increment (اكتساب المصداقية مقابل المنظومات الأخرى) أو حتى الصدق التنبؤي predictive (قارن Haynes,2006).

وقد تم برهان الثبات والصدق في مظاهرهما الجزئية المختلفة في عدد كبير من أدوات القياس القائمة على النظرية السلوكية. إلا أنه لا يتسع المجال لذكرها هنا. (قارن المساهمات المختلفة في هذا الكتاب). ولكن مع برهان محكات الصلاحية المتعلقة بنظرية الاختبارات لمثل هذه الأدوات المتفرقة لا تتضح بعد الجودة الفعلية لمنظومات التشخيص القائم على التوجه السلوكي كمنظومة بارتلنغ على سبيل المثال. وهنا لابد من الاستنتاج بأنه حتى الآن لا يتوفر ولو تقويم واحد لمثل هذه المنظومات، اختبرت فيه أحجار البناء المنفردة التي اعتبرت مهمة. وبدلا من ذلك فإما أنه قد تم فحص

المنظومات ككل أو بالمقارنة بين الصيغ المختصرة والموسعة، وحصل هذا في الغالب استنادا إلى فائدتها. كما تم اختبار المظاهر الجزئية مثل درجة تطابق الأهداف بين المشخصين ذوي التوجه السلوكي على سبيل المثال. وكانت النتائج مختلفة وتظل قيمتها الإمبيريقة موضوعا للنقاش.

وحول السؤال فيما إذا كان التحليل الفردي للمشكلة والتخطيط للعلاج ضروريان بالمطلق بالنسبة إلى النتائج العلاجية المثلى قام كل من شولته وكونتسل وبيبنغ وشولته - بارينبيرغ (Schulte, Kuenzel, Pepping & Schulte0Bahrenberg,1991) بمقارنة معالجة سلوكية معيارية للقلق (المواجهة بالمثير والتعبير عن الذات) من دون تحليل وظيفي مع تدخل قام على التحليل الفردي للمشكلة والسلوك وتخطيط العلاج. وكان الشكل المعياري متفوقا على الإجراء التفريدي فيما يتعلق بالنتيجة العلاجية. مما دفع واحد من الباحثين أعلاه لطرح السؤال إن كان تحليل السلوك يستحق بالفعل (Schulte, 1996). كما أثارت دراسات أخرى هذا السؤال، ولكن بإجراءات طرائقية ونتائج مختلفة (قارن Nelson-Gray, 2003).

وبشكل عام يمكن الاستنتاج بأن فحص ثبات وصدق تحليلات السلوك مازال غير مفحوص كفاية، سواء بشكل شامل أم بالنظر إلى المركبات المختلفة (اختيار المشكلة، إعادة بناء تاريخ التعلم، استغلال السمات المهمة وسيليا [علاقة المعالج-المتعالج على سبيل المثال]، التخطيط للعلاج).

وقبل إجراء دراسات أخرى ضرورية يمكن منذ الآن المطالبة بأنه لابد من تطوير شيء ما مثل "التشخيص السلوكي الإجرائي" ويفترض أن يتم فحصه من خلال المحكات التالية (قارن Haynes & Williams,2003):

1- تعليمات موضوعية للإجراء واختيار أدوات القياس والفرضيات والأهداف والمؤشرات وإجراءات التقويم؛ وأيضا لاختيار إجراء قائم على الفرد (إيديوغرافي) أو تعميمي (تشريعي).

(ويتضمن هذا أيضا أنه من المفيد في بعض الحالات استخدام إجراءات معيارية وفي حالات أخرى إجراءات مبنية فرديا).

2- السبر الموثوق (الثابت) (المتحرر من أخطاء التباين قدر الإمكان) لأجزاء التحديد المهمة لتحليل السلوك والمشكلة؛ وهذا سواء فيما يتعلق بالسبر (الحصول على المعلومات) في المراحل المركزية من العملية التشخيصية العلاجية أم فيما يتعلق بتأثير الظروف الموقفية (محكات القابلية للتعميم). وهذه الأخيرة تتضمن المجالات الحياتية المختلفة للمريض وكذلك تأثير الميول والكفاءات وسياق العلاج.

3- صدق المضمون والدقة فيما يتعلق بمشكلات السلوك، والعوامل والسياقات السببية المهمة.

4- فائدة نتائج المعالجة، وبالنسبة إلى الظروف الشرطية كالدوافع العلاجية ونوعية علاقة المعالج المتعالج.

5- نسبة التكاليف إلى الفوائد، وبشكل خاص فيما يتعلق بتعقيد واختلاف الاضطرابات وسياقات العلاج.

صفحة زوجية فارغة

5- التشخيص النفسي الإكلينيكي ذو التوجه الاستعرافي

آنيا هيلبرت، بيرن رورله وتوماس ايرينغ
Anja Hilbert, Bernd Roehrle & Thomas Ehring

1. مدخل

يحتل الخلل في تمثل المعلومات أو معالجتها مركز الصدارة في المبادئ الاستعرافية في علم النفس الإكلينيكي. فالدور الأساسي في نشوء واستمرار الاضطرابات النفسية يرجع من نظر المبادئ الاستعرافية للتغيرات المرضية في سمات الإدراك والانتباه والتفكير والتذكر والاستنتاج وبناها الكامنة خلفها. وبالنسبة إلى عدد كبير من المشكلات النفسية -وبالابتعاد عن التصورات السلوكية الخالصة- فقد تم بعد ما تطلق عليه تسمية التحول الاستعرافي، تطوير عدد كبير من النماذج الاستعرافية. والتدخلات الاستعرافية المشتقة منها تمثل جزءا أساسيا من أشكال العلاج النفسي الإكلينيكي في عدد من الاضطرابات النفسية. ولعل الأهمية المركزية للاستعرافات في البحث والممارسة النفسية الإكلينيكية الراهنين تجعل من طرق قياس أو إعادة إنتاج المتغيرات الاستعرافية ضرورة لا يمكن الاستغناء عنها.

ويهدف هذا الفصل إلى تقديم عرض لأساليب التشخيص الاستعرافي في علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي والنظر بصورة نقدية إلى إمكانات استخدامها.

ويفرق تصنيف الظواهر الاستعرافية والمداخل النظرية المطابقة التي قدمت من باحثين مختلفين، بين النتاجات والعمليات والبنى الاستعرافية Cognitive Products Processes & Structure . وتطلق على الاستعرافات التي تكون على شكل الأفكار والصور والتصورات والتوقعات والتعبير عن الذات...الخ، التي تظهر كنتيجة لتمثل أو معالجة المعلومات في مواقف محددة تسمية النتاجات الاستعرافية. والنتاجات الاستعرافية هي سمات قابلة للقياس المباشر وعلى عكس العمليات والبنى الاستعرافية.

وكما سنظهر فيما يلي فإنه يمكن استغلال النتاجات الاستعرافية المختلة وظيفيا ومؤشرات أخرى (مثل أوقات الاستجابة على مادة تنبيه محددة) من أجل استخلاص العمليات المختلة وظيفيا والبنى المتغيرة بشكل مرضي. ويقصد هنا بالعمليات الاستعرافية الطريقة التي تتم فيها معالجة أو تمثل المعلومات. وتتضمن هذه العمليات

على سبيل المثال سمات الانتباه أو التذكر أو الاستنتاج أوحل المشكلات. ويقصد بالبنى الاستعرافية الوحدات الاستعرافية الأساسية وبشكل أقوى الوحدات الاستعرافية التي تم تجريدها من المواقف الملموسة. ومن الأمثلة على ذلك التصويرات الاستعرافية Cognitive Schemata ، والشبكات الدلالية وتمثيلات المعلومات في التخزينات المختلفة للذاكرة.

وعند اختيار طرق التشخيص الاستعرافي لابد من الأخذ بعين الاعتبار فيما إذا سيتم استنتاج الاستعرافات الخاصة من العام (البنى الاستعرافية على سبيل المثال) (من الأعلى للأسفل Top-Down) أم سيتم سلوك الطريق المعاكس (من الأسفل للأعلى ottom-up) (قارن الفصل السادس في هذا الكتاب). وهناك مظهر آخر مهم في اختيار الطرق التشخيصية ينبثق من السؤال فيما إذا كان المشخص مهتما أكثر بالمضامين والمعاني (أي المضامين الافتراضية propositional) للاستعرافات ذات الأهمية النفسية الإكلينيكية أم يهتم بالسمات الشكلية مثل تمايز البنى الاستعرافية أو سرعة عمليات محددة. وفيما يلي سوف نقوم بوصف طرق لقياس النتاجات الاستعرافية والتي هي، مع التحفظ، الشكل الأكثر انتشارا من التشخيص الاستعرافي في الممارسة الإكلينيكية وختاما سنصف طرق لإعادة بناء العمليات والبنى الاستعرافية. وسوف يتم توضيح استخدامات هذه الطرق في الممارسة الإكلينيكية النفسية وتوضيحها بالأمثلة.

2- تشخيص النتاجات الاستعرافية

2.1 مداخل نظرية لقياس النتاجات الاستعرافية

تعد النتاجات الاستعرافية أهم مصادر البيانات في ممارسة التشخيص الاستعرافي. ويرجع السبب لأنها هي الفئة الوحيدة من المتغيرات الاستعرافية، التي يمكن أن تكون مدركة بالنسبة إلى الشخص المعني ومن هنا فإنها متيسرة نسبيا. كما تمثل مصدرا مهما للبيانات من اجل التمكن من استخلاص استنتاجات حول العمليات والبنى الكامنة

خلفها. ويتم الحصول على النتاجات الاستعرافية من خلال سؤال الشخص المعني. ويمكن تقسيم الطرق المختلفة بصورة أساسية إلى طرق تأكيد endorsement methods، أي طرق الاستبيانات المبنية، أو إلى طرق إنتاج production methods، التي تهدف إلى أن يعبر المريض عن أفكاره شفهيا أو خطيا.

أما الخصائص المهمة التي تميز بين الطرق المختلفة لقياس النتاجات الاستعرافية فهي:

1- درجة بنيتها (بنية محددة مسبقا مقابل عدم وجود بنية).
2- الإطار الزمني (استرجاعي، راهن، مستقبلي)
3- شكل الإجابة (خطي مقابل شفهي)
4- نوع المثير المعطى (خاص بالموقف، موقف متخيل، موقف مسجل، لعب أدوار، أو موقف حي).
5- مصدر تقويم الأفكار من خلال الشخص المسؤول مقابل مقوم مستقل.

وعلى عكس طرق الاستبيانات التي تقيس إجابات محددة مسبقا بنعم أو لا، يقوم المفحوص في طرق الإنتاج بتوثيق الاستعرافات (كتابة قائمة بالأفكار، مذكرات يومية) أو يقوم بذكرها شفهيا وتسجيلها ومن ثم يتم نقلها إلى المحضر (البروتوكول) (تفكير علني أو صريح).

وفي حين أن أساليب الاستبيانات تستقصي الاستعرافات في الغالب بصورة خاصة بالموقف فإن طرق الإنتاج تستقصي الأفكار في أثناء موقف محدد أو بعده مباشرة. إلا أنه يستحسن في طرق الاستبيانات تنشيط الاستعرافات قبل القياس من خلال "شحنها priming" (كالاستحاثة التصويرية لمزاج ما، المتطابقة مع الاستعرافات التي نريد قياسها على سبيل المثال)، ذلك أنه غالبا ما ترتبط الأفكار السلبية بمواقف محددة. وفي حين أنه لا يتم في العادة تقويم استبيانات الاستعرافات من خلال المريض نفسه فإنه يمكن للمريض في بروتوكول الأفكار أو يقوم بتقويم نفسه أو قد يتم التقويم من محكم مستقل (محكم مدرب، المعالج على سبيل المثال).

وعادة ما يكون تقويم أساليب الاستبيانات موصوفا في دليل. وعلى سبيل المقارنة نشير هنا إلى بعض المظاهر الخاصة في تقويم بروتوكولات الأفكار: فعادة ما يتم تقويم بروتوكولات الأفكار عن طريق تحليل المضمون، حيث يتم في العادة تقويم تكرارات ومكافئاتvalence مضامين محددة (تكرار الاستعرافات المتمحورة حول الجسد والمتمحورة حول الإحساس، الاستعرافات السلبية والإيجابية أو أفكار المواجهة) كما تشمل التقويمات التحليلية المضمونية للمتغيرات الاستعرافية التشويهات الاستعرافية وأنماط العزو والإدراك الانتقائي والإدراك الذاتي (Self-awareness مقابل الانتباه الخارجي others awareness[1]). وتتطلب تحليلات المحتوى في الأبحاث تحديد قواعد واضحة، كتحديد وحدات التقويم على سبيل المثال (وحدات الإحساس مثلا)، للمتغيرات التي سيتم وفقها التقويم ولقواعد الترميز (تعداد التكرارات، تدرج الشدات على سبيل المثال). ويتعلق الثبات الذي ينبغي تحديده (من بينه ثبات المقومين) والصدق (الصدق التقاربي convergence، أو المرجع إلى محك أو التوكيدي predicative) لتحليل المحتوى بشكل أساسي بوضوح القواعد وتطبيقها. وفي العادة ينبغي تدريب المحكمين على الترميز الصحيح.

وفيما يلي سوف نقدم نموذجا طرق التأكيد والإنتاج من خلال صور اضطرابات منتقاة.

2.2 طرق التأكيد

التعبيرات الذاتية أو الحوارات الذاتية أو الأفكار "الآلية" هي عبارة عن نتاجات لمجرى التفكير الواعي. وتتضمن طرق التأكيد (الاستبيانات) تجميعا لمثل هذه الاستعرافات حيث يطلب من المريض في العادة تقدير عدد مرات أو كثافة حصول هذه الأفكار

---

(1) الانتباه الذاتي الموضوعي أو الإدراك الذاتي الموضوعي: توجه موضوع الإدراك أو الانتباه نحو الذات بحيث تصبح الذات هي موضوع الملاحظة، مقابل التركيز على إدراك المواضيع الخارجية.

لديه. وغالبا ما يكون القياس هو قياس استرجاعي ويستند إلى فترة زمنية محددة أو على موقف تنبيه ماض أو توقعي.

ويعد استخبار الأفكار الآلية Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ: Hollon & Kendall,1980, Kendall, Howard & Hays,1989) الصيغة الألمانية منه باسم مقياس الأفكار الإيجابية والسلبية الآلية (FAG; Poessel, Seemann & Hautzinger,2005) مثالا نمطيا منها. ويقيس ATQ الأفكار الآلية السلبية وفق نظرية بيك الاستعرافية في الاكتئاب (1976). ويتضمن عبارات سلبية (مثل: "لايفهمني أحد"، "أعتقد أني لم أعد قادرا"[1] على سبيل المثال) ويحتوي كذلك في الصيغة المعدلة منه عبارات إيجابية أيضا (مثل "أنا فخور بنفسي!" على سبيل المثال)، يتم تقويمها على مدرج خماسي.

ويقدم الجدول (1) عرضا لأهم المقاييس المطورة في قياس النتاجات الاستعرافية في إطار الاضطرابات النفسية. وهناك عرض آخر أقدم قدمه غلاس وآرينكوف (Glass & Arenkoff,1997) حول المقاييس الناطقة بالإنجليزية. كما تقدم الفصول المختلفة في هذا الكتاب التي تتحدث عن الاضطرابات النفسية عرضا أدق حول مقاييس الاستعرافات المتعلقة بالاضطرابات.

2.3 طرق الإنتاج

على عكس طرق الاستبيانات التي يتم فيها الطلب من المريض إعطاء تقدير لعبارات معطاة، تطلب طرق الإنتاج من المريض أن يعبر عن أفكاره الخاصة أو يدونها أو كليهما معا. وفيما يلي سوف نقوم بعرض أكثر طرق الإنتاج شيوعا في الأبحاث والممارسة الإكلينيكية النفسية كطريقة التفكير المسموع وطريقة تسجيل الأفكار واستخدام المذكرات اليومية لقياس الاستعرافات الطافية في الحياة اليومية.

---

(1) الأفضل ترجمتها بالعامية: "أظن ما عاد رح يمشي الحال".

جدول (1): أمثلة من الاستبيانات لقياس النتاجات الاستعرافية

التعديل الألماني	الطبعة الأصلية	ماذا تقيس؟	المقاييس/ البنود	شكل الإجابة	الجودة والصلاحية
قائمة الاستعرافات Cognition Checklist (Toennies,2003)	قائمة الاستعرافات Cognition Checklist(Beck et al.,1987)	الاستعرافات المميزة للاكتئاب والقلق	مقياس الاكتئاب (14 بند: لن أتغلب على مشكلاتي أبدا" على سبيل المثال). مقياس القلق (12 بند: "سوف يسخر مني الآخرون")	مدرج تكراري خماسي	برهنت الصلاحية السيكومترية بالاتساق الداخلي (0.80-0.91)، وثبات الإعادة (0.58-0.79)، كما تم توثيق الصدق التمييزي والتقاربي والعاملي. كما أمكن بشكل خاص برهان التمييز بين الاستعرافات المميزة للاكتئاب والمميزة للقلق.
استبيان الاستعرافات القائمة على القلق (Ehlers, z Maragarf & Chamless, 2001)	استخبار استعرافات رهاب الأماكن العامة Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ; Chmbless et al.,1984)	الاستعرافات الخاصة برهاب الأماكن العامة	14 بند ("سوف أصبح مجنونا" على سبيل المثال)	مدرج تكراري خماسي	يتصف المقياس بثبات جيد (الاتساق الداخلي، الثبات 0.74-0.87) وكذلك الصدق التمييزي والتقاربي وبرهن نفسه في الحساسية للتعديل.

التعديل الألماني	الطبعة الأصلية	ماذا تقيس؟	المقاييس/ البنود	شكل الإجابة	الجودة والصلاحية
استبيان الأفكار بعد الخبرات الصادمة (Ehlers,1999)	قائمة الاستعرافات التالية للصدمة Posttraumatic Cognition Inventory (Foa et al.,1999)	التقويمات المختلة القائمة على الصدمة بمعنى النموذج الاستعرافي إيلر وكلارك (Ehler & Clark,2000)	الأفكار السلبية حول الذات 21 بند، على سبيل المثال : "عندي شيء غير مضبوط"). الأفكار السلبية حول العالم (7 بنود، على سبيل المثال : "لابد لي أن أكون حذرا دائما") اتهامات الذات (5 بنود: "لو كان شخص غيري لاستطاع منع حدوث الصدمة"). تفسيرات سلبية للأعراض (11 بند: "استجاباتي منذ الحدث تشير إلى أني فقدت عقلي").	مدرج سباعي لقبول أو رفض العبارة.	برهنت النسخة الإنجليزية الأصلية على قيم سيكومترية جيدة (اتساق داخلي: 0.80-0.97)؛ ثبات الإعادة: 0.80-0.86؛ الصدق: بشكل خاص تمييز جيد بين المجموعات غير العيادية والعيادية). مازالت النسخة الألمانية تحت التجريب.
استبيان الاتجاهات اللامنطقية (Klages,1990)	لا توجد	الاتجاهات اللامنطقية وفق النظرية الانفعالية- المنطقية	التقويمات السلبية للذات (8 بنود:"غالبا ما أرثي لنفسي"). التعلقية (8 بنود: "أشعر بالضيق عندما أرتدي ثيابا غير مناسبة"). تذويت الفشل 7 بنود: "في العادة لا	مدرج سباعي لقبول أو رفض العبارة.	تتوفر براهين الاتساق الداخلي (0.68-0.85) وثبات الإعادة (0.74-0.84). ارتباطات دالة مع مقاييس الأعراض (حوالي 0.50) ودرجات مرتفعة عالية High

التعديل الألماني	الطبعة الأصلية	ماذا تقيس؟	المقاييس/ البنود	شكل الإجابة	الجودة والصلاحية
			أفعل أمور قد تبدو للآخرين حمقاء") القابلية للتشتت (67 بند: "غالبا ما تجعلني الأمور الصغيرة منزعجا").		Scores في عينات إكلينيكية يمكن اعتبارها دليل على الصدق . كما تتوفر قيم معيارية.
استبيان الأفكار الآلية الإيجابية والسلبية (FAG; Poessel et al.,2005)	Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ: Hollon & Kendall,1980, Kendall, Howard & ays,1980;1989)	الأفكار السلبية والإيجابية وفق بيك وآخرين (1981)	عبارات ذاتية سلبية (12 بند:" لا يفهمني أحد". الإحساس أو الحال (5 بنود: "أنا بخير"). الثقة بالنفس (4 بنود: "أنا فخور بنفسي").	مدرج خماسي تكراري	برهنت النسخة الإنجليزية الأصلية على قيم سيكومترية جيدة. كما أظهر الثبات الأولي للنسخة الألمانية قيما جيدة (الاتساق الداخلي (0.84-0.94)؛ الصدق: الارتباط مع استبيانات استعرافية أخرى وقوائم أعراض حوالي (0.55-0.70)
استبيان استعرافات المخاوف الاجتماعية (Stangier,2003)	Social Cognition Questionnaire (Wells, Stopa & Clark,1993)	الاستعرافات السلبية التي تظهر في المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف	الذات السلبية (8 بنود: "أنا قاصر") الخوف من الفشل (7 بنود: "تسقط مني الأشياء أو تندلق") الخوف من ظهور أعراض جسمية ملحوظة (4 بنود: "سوف أتعرق").	مدرج تكراري خماسي للموافقة أو رفض العبارات	لا يوجد تقويم سيكومتري للنسخة الألمانية بعد. وبالنسبة إلى النسخة الأصلية يوجد دلائل على اتساق داخلي مرتفع (0.89)، وكذلك الصدق التقاربي Convergence

التعديل الألماني	الطبعة الأصلية	ماذا تقيس؟	المقاييس/ البنود	شكل الإجابة	الجودة والصلاحية
					والتمييزي وتطابق عال لمقياس "الذات السلبية" مع الاستعرافات الطافية في اختبار سلوكي.
قائمة هامبورغ للاستعرافات (Toennies,1997)	لا توجد	الاستعرافات السلبية والإيجابية القائمة على الذات	ستة مقاييس معيارية (الرضا عن الذات، الحالة النفسية الإيجابية، عدم الرضا عن الذات، تثبيط الذات، الحالة النفسية السلبية، 38 بند ككل). ستة مقاييس إضافية (تقدير قيمة الآخر، الحالة الجسدية النفسية الإيجابية، التقدير الضئيل للآخر، الحالة النفسية الجسدية السلبية، نقد الذات، ضبط الذات، 62 بند ككل).	مدرج تكراري من أربعة مراتب	تتوفر قيم سيكومترية جيدة فيما يتعلق بالثبات (التجزئة النصفية: 0.70-0.80)؛ ثبات الإعادة (0.72-0.82) وفيما يتعلق بالصدق (ارتباطات دالة بمقاييس استعرافية وقيم مرتفعة دالة في مجموعات إكلينيكية).
مقياس اليأس (Krampen,1994)	Hopelessness Scale (Beck et al., 1974)	اليأس	20 بند:("غالبا ما أود لو تخليت عن كل شيء لأني لا أستطيع أن أفعل هذا بشكل أفضل")	مدرج من ستة مراتب بالأقطاب خطأ	تتوفر براهين على اتساق داخلي وثبات مرتفعين (0.86-0.88). بالإضافة إلى ذلك تم إيجاد

التعديل الألماني	الطبعة الأصلية	ماذا تقيس؟	المقاييس/ البنود	شكل الإجابة	الجودة والصلاحية
				كلية حتى صحيح كلية".	ارتباطات دالة بأعراض الاكتئابية الشديدة والانتحارية (0.53-0.80)
مقياس الألم المرتبط بالتعبير عن النفس Pain Related Self Statement Scale (Flor, Behl & Birbaumer, 1993)	-	الاستعرافات الحاثة والمعيقة للألم	التضخيم الكارثي (9 بنود: "هذه الآلام تجعلني أشد جنونا") المواجهة (9 بنود، على سبيل المثال "الإلهاء هو المفيد الأكبر").	مدرج من ستة مراتب	براهين على اتساق داخلي مرتفع (>0.90)، ثبات الإعادة (>0.84)، يتوفر الصدق العاملي والتقاربي والتمييزي والحساسية للتعديل.
قائمة الأفكار Thoughts Checklist (Hilbert, Tuschen -Caffier & Voegel, 2002)	Thoughts Checklist (Cooper & Fairburn,1992)	الأفكار السلبية المتمحورة على الجسد والوزن	17 بند: ("أنا سمين" على سبيل المثال).	مدرج من ستة مراتب وتقدير للنسبة المئوية لدرجة الاقتناع.	براهين على الاتساق الداخلي (>0.87)، يتوفر الصدق التمييزي والتقاربي والحساسية للتعديل.

2.3.1 طريقة التفكير المسموع

يتم الطلب من المريض في طريقة التفكير المسموع (think aloud technique) بأن يقوم بالتعبير عن الأفكار التي تخطر على باله بصوت مسموع في أثناء تنفيذ مهمة معينة.

وتتميز طريقة التفكير المسموع بأنه يمكن قياس الاستعرافات في أثناء الموقف من دون تأخير ومن ثم يتم تجنب أخطاء التذكر. أما عيبها فإن التفكير المسموع لا ينسجم مع التفاعل الاجتماعي. فعندما يقوم مريض خواف في لعب الأدوار بتمثيل موقف اجتماعي إشكالي فسوف يكون من الصعب أن نطلب منه في الوقت نفسه أن يقوم بالتعبير عن كل أفكاره التي تدور في خاطره. وبسبب هذه المشكلة تم تطوير متغيرات عديدة من هذا الأسلوب:

- فإحدى المتغيرات الممكنة تكمن في استخدام الطريقة قبل أو بعد الموقف الحرج مباشرة (حول التفكير المسموع اللاحق قارن: Stopa & Clark,1993) ويمكن دعم تذكر الموقف بتسجيل الفيديو ويتم التعليق عليه لاحقا (الاستدعاء بطريقة شريط الفيديو "videotape-aided recall").
- في إطار الأفكار المعبرة من خلال نموذج محاكاة الموقف Articulated Thoughts through Simulated Situations-Paradigms (ATSS; Davison et al., 1997) يتم إعطاء المريض تعليمات عبر شريط تسجيل لتخيل نفسه في موقف مرهق. ويتم قياس الاستعرافات الناجمة هنا من خلال التفكير المسموع. وعادة ما تشير التقارير إلى وجود ثبات مرتفع بين المحكمين Inter rater Reliability ($\kappa > 0.75$)، كما توجد براهين على الصدق التقاربي؛ بالإضافة إلى وجود توثيقات للقياس الحساس للتعديل للاستعرافات المعدلة علاجيا بهذه الطريقة.

2.3.2 طرق تدوين الأفكار

في طريقة تدوين الأفكار Thought-listing technique يطلب من المفحوص كتابة أفكاره فيما يتعلق بموقف معين. وعلى الرغم من أنه غالبا ما يتم استخدام هذه الطريقة بشكل استرجاعي، فإنه يمكن استخدام طريقة تدوين الأفكار قبل أو بعد الموقف، عند التعرض للمواقف المثيرة للخوف على سبيل المثال، أو في لعب الأدوار لاستثارة التقويمات السلبية أو تخيل نوبة أكل. وتتوفر براهين على الصدق التقاربي والمرجع إلى محك والثبات والحساسية للتعديل بالنسبة إلى طريقة تدوين الأفكار. إلا أن تدوين الأفكار يمكن أن يخضع للتشويه عند إعادة بناء الأفكار وهي طريقة غير ملائمة للأشخاص غير القادرين على عمل بروتوكول أفكار (كالأطفال الصغار على سبيل المثال). وقد تم استخدام طريقة تدوين الأفكار لفحص الاستعرافات لدى عدد كبير من الاضطرابات النفسية كاضطرابات القلق أو اضطرابات الطعام.

2.3.3 المذكرات اليومية لقياس الاستعرافات

تعد المذكرات الاستعرافية من الأساليب المعيارية للتشخيص والعلاج الاستعرافي. وفي هذا الإجراء يطلب من المفحوص مراقبة الاستعرافات، التي تظهر في سياق سلوكه المشكل، وكتابتها (على سبيل المثال الاستعرافات الخوافة أو الاكتئابية). ففي مجال العلاج الاستعرافي للاكتئاب طور بيك وزملاءه على سبيل المثال بروتوكولات مذكرات لقياس لسبر الأفكار السلبية، على المفحوص فيها أن يعطي أولا ما هو الحدث أو ما هي الأفكار أو الأحلام النهارية أو الذكريات التي قادت للأفكار السلبية. وعلى المريض بعدئذ أن يسمي محتوى الشعور (على سبيل المثال حزين، غاضب)، ومن ثم تقدير شدة الشعور على مقياس تقدير. وفي الختام عليه تدوين الأفكار "الآلية" التي سبقت الشعور وتقدير مدى اقتناعه بهذه الأفكار. كما يتم توجيه المريض نحو إيجاد تفكير بديل "أكثر منطقية" للتفكير "الأوتوماتيكي" وتقدير درجة اقتناعه والشعور المتغير الممكن.

وقد تم تطوير مذكرات يومية لتحديد وإعادة بناء الاستعرافات المختلة وظيفيا المهمة بالنسبة إلى الاضطراب بالنسبة إلى صور الاضطرابات المختلفة، على سبيل المثال مذكرات الشكاوي للاضطرابات ذات الشكل الجسدي (Rief,1992) ومذكرات صورة الجسد لاضطرابات الطعام (Hilbert & Tuschen-Caffier,2004) ومذكرات برينر لطنين الأذن Priener Tinnitus memoirs Book والمذكرات اليومية لقياس الضغوط اليومية ومواجهتها، ومذكرات بون للألم. وعلى الرغم من أن المذكرات اليومية للاستعرافات ذات أهمية عملية فإنه قلما تم اختبار جودة المعلومات المجموعة. وبشكل عام يفترض بأنه من الممكن جعل ثبات المذكرات اليومية للاستعرافات مثالية من خلال التدريب على عمل البروتوكولات ومن خلال تسجيل البروتوكول مباشرة قدر الإمكان من الناحية الزمنية.

2.3.4 استقصاء عينات الأفكار في البحث النفسي الإكلينيكي

يهدف الحصول على عينات الأفكار Thought Sampling، إلى فحص الأفكار بشكل صادق بيئيا، أي في الحياة اليومية وبشكل مباشر، أي بأقل قدر ممكن من التأخير الزمني (Hurlburt,1997). ويقدم التقييم البيئي المؤقت Ecological Momentary Assessment (EMA; Stine & Shiffman,1994, 2002) إطارا عاما لدراسة الأفكار والمشاعر والسلوك والاستجابات الفيزيولوجية في السياق الطبيعي. ومن أجل سحب عينة عشوائية أو زمنية Time Sample من المتغيرة الهدف يتم استخدام منبهات محمولة (مثل ساعات يد قابلة للبرمجة، كمبيوترات بحجم راحة اليد أو مستقبلات إشارة)، تقوم بتوليد إشارات عدة مرات في اليوم خلال يوم واحد أو لعدة أيام. وفي إطار قياس عينات الأفكار يتم الطلب من المفحوص بأن يدرك عند سماع الإشارة خبرته الداخلية ووصفها بمساعدة استبيان أو تسجيل الأفكار. وقد تم توثيق الصدق التقاربي لمقاييس السلوك الفيزيولوجية، إلا أنه وجدت تطابقات ضئيلة مع مقاييس التقويم الذاتي. وهناك دلائل على الصدق التمييزي والمطاوعة العالية وعلى تفاعلية ضئيلة low Reactivity للتقييم

البيئي المؤقت EMA. وقد تم استخدام التقييم البيئي المؤقت EMA لفحص الأفكار والمشاعر في المشكلات الكحولية واضطرابات الطعام والتعلق بالنيكوتين. وهناك استخدامات مبسطة لهذه الطريقة بالنسبة إلى الممارسة النفسية الإكلينيكية، على سبيل المثال باستخدام ساعات المعصم المحتوية على منبه أو باستخدام الهاتف النقال.

2.3.5 نموذج الحالات الذهنية States of Mind Model:

تفسير الاستعرافات الإيجابية والسلبية

غالبا ما يتم تقويم طرق التأكيد والإنتاج استنادا إلى تكرار الاستعرافات الإيجابية والسلبية. ونموذج الحالات الذهنية States of Mind (SOM-Model) لشفارتس وغراموني (Schwarz & Gramoni,1996,1998) يمثل إطارا للتفسير التزامني للاستعرافات الإيجابية والسلبية. وقد تم تصميم الحالات الذهنية على شكل حوار داخلي، حيث تتفاعل فيه الأفكار والمشاعر الإيجابية والسلبية. ويعرف مفهوم الصحة الكامن خلف نموذج الحالات الذهنية الصحة على أنها التوازن الأمثل للحالات الذهنية، والمرض على أنه عدم التوازن المستمر. ويهدف العلاج النفسي إلى بناء التوازن الأمثل والثابت للحالات الذهنية . ويمكن وصف التوازن النسبي للحالات الذهنية من خلال حاصل قسمة الاستعرافات الإيجابية على الإيجابية زائد السلبية Quotient of Positive to Positive plus negative Cognition (P/(P+N). وقد تم تصنيف قيم حاصل الحالات الذهنية التي تتراوح بين الصفر والواحد، على نموذج الجبر البوليني[1] mathematic model of

---

(1) الجبر البولياني أو البوليني (المنطقي). نسبة إلى جورج بول (George Frederirk Boule (1815-1864، الذي أدخل رموز الجبر البوليني Boolean algebra للدلالة على العلاقات المنطقية والذي كان له الفضل في الفهم الحديث للعلاقات بين الموضوعات على أسس القوانين الجبرية. بمعنى، أن الشيء إما أن يكون موجودا أو غير موجود، أو أن الشيء إما أنه حاضر أو غائب، أو أن الشيء دائر أو عاطل، الخ. وجورج بول عالم رياضي انجليزي كان مهتما بالتحليل الرياضي للمنطق. في عام 1854 نشر كتابه المشهور.

“An investigation of the laws of thought, on which are founded the mathematical theories of

"logic and probabilities."بحث في قواعد التفكير كأساس للنظريات الرياضية عن المنطق والاحتمالات"

ويهيئ الجبر البوليني إجراءا رياضيا لتداول العلاقات المنطقية في شكل رمزي. فالمتغيرات البولينية تخضع لحالتين أو قيمتين لا غير، فالقيم الزوجية المحتملة هي (نعم ،لا) أو (فتح ،قفل) أو (صواب، خطأ). ومن الشائع في مجال الأعمال الهندسية استخدام الواحد والصفر (0 ,1) كرموز للمتغيرات البولينية. وتستخدم الكمبيوترات الرقمية إشارات لها حالتان أو قيمتان احتماليتان. فالجبر البوليني يجعل في إمكان مصممي الكمبيوترات تجميع تلك المتغيرات رياضيا وتداولها بطريقة تسمح بتكوين أبسط التصميمات التي تهيئ الوظيفة المنطقية المطلوبة. ففي الجبر البوليني، يمكن التعبير عن بعض الافتراضات مثل:

C = A AND B

وتعني أن C تكون صحيحة إذا كانت A صحيحة، كما يتحتم كذلك أن تكون B هي الأخرى صحيحة. كما يستخدم أيضا الجبر البوليني في البوابات في دوائر الكمبيوتر الإلكترونية . فكما أن الصفر والواحد يعبران عن القيم المنطقية، فيمكن استخدام مقارنة الحالات الفيزيائية للدائرة، كما في الفولط، وكما في البوابات المنطقية logical gates، فهي تتحكم في سريان التيار الكهربائي (بتات البيانات) وذلك لتمثيل AND, OR, NOT والمعاملات البولينية الأخرى. وفي الحاسب تنضم تلك البوابات المنطقية حيث تكون مخرجات إحدى البوابات هي مدخلات بوابة أخرى، بحيث تكون النتيجة (وهي تتألف من الآحاد والأصفار) ذات مغزى.

وفي الجبر البوليني يستخدم معامل الربط البوليني أو المنطقي Booleanoperator. وأكثر المعاملات استخداما في البرمجة هي المعاملات الأربعة التالية:

1- AND (logical conjunction): العطف أو الوصل يعني ربط حقيقتين بحرف العطف (و). فمثلا إذا كانت A عبارة، وكانت B عبارة أخرى، فإن العبارة المركبة:
(A and B) تكون صحيحة إذا كانت A صحيحة وكانت B هي الأخرى صحيحة.
2- OR (logical inclusion): الاحتواء يعني إذا كانت جميع عناصر المجموعة A هي عناصر في المجموعة B، فإن A تكون محتواه في المجموعة B. ويعبر عنها هكذا (A or B) وتقرأ A محتواه في B.
3- XOR (exclusive OR): فقط وإلا: هذا المعامل له الخواص التالية: إذا كانت A عبارة، وكانت B عبارة أخرى، فإن العبارة المركبة (A XOR B) تكون صائبة إذا كان إحداهما وليس كلتاهما صائبة. وتكون خاطئة إذا كانت كلتاهما صائبتين أو خاطئتين.
4- NOT (logical negation): النفي المنطقي: فمثلا إذا كانت A هي جميع مدرسي العلوم التاريخية، وكانت B هي جميع مدرسي تاريخ الشرق الأوسط، فإن العبارة (A NOT B) ستؤدي إلى تكوين مجموعة جديدة تتألف من جميع مدرسي العلوم التاريخية باستثناء جميع مدرسي تاريخ الشرق الأوسط. (المرجع: http://www.elshami.com/Terms/B/Boolean%20logic.htm)

Boolean Algebra على درجات مختلفة من الحالات والتكيف مع متطلبات المحيط. ويشير "الحوار الإيجابي" في معامل الحالات الذهنية الواقع بين 0.67-0.90 إلى التوازن والحالة الممتازة والتفاؤل والمواجهة المثالية والمرنة. بالمقابل فإنه قد تم الافتراض في الإيجابية أو السلبية المتطرفة لمعامل الحالات الذهنية بأن الحوار الداخلي يفقد نوعيته ويصعب التعامل مع متطلبات الواقع وتوجد إمراضية نفسية واضحة (0.90< حوار إيجابي متطرف؛ 0.01> حوار سلبي متطرف). وهناك دلائل على الصدق التقاربي والتمييزي لمقياس الحالات الذهنية. ويرتبط التحسن في أثناء العلاج مع تحسن في معامل الحالات الذهنية (Schwarz et al., 2002). كما وصف شفارتس (1997) ووميرلوتسي وغلاس (Merluzzi & Glass, 2000) فائدة معامل الحالات الذهنية في تقويم مجرى العلاج وذلك من خلال تقديمهم أمثلة لحالات.

2.3.6 قياس الصور

تركز الطرق المعروضة حتى الآن لقياس النتاجات الاستعرافية بشكل كامل تقريبا على الأفكار المحددة لفظيا. غير أنه هناك دلائل قاطعة بأن الاستعرافات الصورية، على شكل صور اقتحامية أو مولدة ذاتيا على سبيل المثال، قد تلعب دورا كبيرا كذلك في استمرارية الاضطرابات النفسية. وعليه فقد وجد هاكمان وكلارك ومكمانوس (Hackmann, Clark & McManus, 2000) أن الرهابيين الاجتماعيين غالبا ما يعيشون صورا سلبية يرون فيها أنفسهم من زاوية الملاحظ. ولقياس الصور الاقتحامية في إطار الاضطرابات النفسية تم تطوير مقابلات نصف مبنية، والتي لم تستخدم حتى الآن إلا في إطار الدراسات الإكلينيكية (من بينها اضطرابات القلق والاكتئاب و اضطرابات سوء التشكل الجسدي، راجع هاكمان وهولمز، 2004) ولا يتوفر في الوقت الراهن فحص للصلاحية السيكومترية لهذه المقابلات.

2.4 تقويم طرق قياس النتاجات الاستعرافية

يوجد عدد كبير من أدوات الحصول على المعلومات ذات النوعية السيكومترية الجيدة لقياس النتاجات الاستعرافية بشكل لفظي. ويتم في الوقت الراهن استخدام طرق التأكيد بشكل خاص في البحث والممارسة الإكلينيكيين. فلهذه الطرق مجموعة من الميزات بالمقارنة مع طرق الإنتاج: فهي أكثر اقتصادية ويضمن تعبيرها الموضوعية ويتيح الاستخدام المقارن في الدراسات المختلفة، الأمر الذي يسهل تحديد البيانات القياسية والمعيارية. وقد تم في الغالب توثيق براهين الثبات والصدق. وتتوفر استبيانات بالنسبة إلى مجالات محددة من المشكلات في عينات مدروسة جيدا ويفضل استخدامها هنا. أما سلبيات طرق التأكيد فتكمن في أن القياس الاسترجاعي للاستعرافات يجعلها حساسة لأخطاء التذكر وأخطاء إعادة إنتاج الاستعرافات. كما أنه من السلبيات المهمة بالنسبة إلى تشخيص الحالات الفردية أن الأفكار المعروضة بشكل نموذج أولي prototypal لا تعكس بالضرورة الأفكار الراهنة للمريض الفرد وأنه تم تقليص مجرى الأفكار الفعلي إلى حواصل تجميعية قليلة.

بالمقابل تكمن حسنات طرق الإنتاج في أنه يتم تسجيل مجرى الأفكار بصورة أصلية (غير متبدلة). إلا أنه يتم هنا أيضا تجميع أو تلخيص تنوع الأفكار في تقويمات تحليل المحتوى، على سبيل المثال فيما يتعلق بالمكافئ الإيجابي مقابل المكافئ السلبي للأفكار. ومن الحسنات الأخرى بالمقارنة مع طرق التأكيد يمكن التقليل من احتمالية أخطاء القياس وأخطاء إعادة البناء من خلال تضييق الفارق الزمني بين الفكرة وقياسها. ومن حسنات طرق الإنتاج أيضا إمكانات الاستخدام المتنوعة في البحث والممارسة النفسية الإكلينيكية. ففي الممارسة يمكن تفصيل طرق الإنتاج لتتناسب مع المشكلات الفردية واستخدامها في طريقة الإجابة الشفهية بصورة مرنة في المواقف المختلفة (قارن أدناه). إلا أنه ينبغي الانتباه بأنه – وعلى الرغم من أن المرضى يذكرون مرارا وجود تأثير للتعلم في مجرى اليوم من خلال قياس الاستعرافات في المذكرات

اليومية (من خلال تسجيل وكتابة المذكرات اليومية على سبيل المثال)- لابد من وجود درجة عالية من الدافعية. ومن هنا فإن استخدام هذه الطريقة في الحياة اليومية يحتاج إلى تحضير نفسي مفصل وربما إلى تدريب أيضا. كما أنه لابد من الانتباه إلى أنه ينبغي تصميم استخدام المنبهات الإليكترونية أو عبارات استبيان البروتوكولات أو كليهما بشكل قليل الاقتحامية إلى مدى بعيد. (من خلال عدم لفت الانتباه لجهاز التنبيه، جعل استبيانات البروتوكولات في شكل دفاتر الجيب على سبيل المثال). أما سلبيات طرق الإنتاج فتكمن بشكل خاص عند استخدامها في البحث في تكاليف التقويمات التحليلية المضمونية. وباستثناء التصميم القابل للإعادة مثل الأفكار المعبرة من خلال نموذج محاكاة الموقف ATSS على سبيل المثال فإن محكات الموثوقية الموجودة في دراسات أخرى لا يمكن اعتمادها كدليل لجودة نتائج دراسة نوعية.

لقد تم التشكيك بصدق البناء لطرق التشخيص الاستعرافي من خلال التطابق الضئيل بين طرق التأكيد وطرق الإنتاج. كما أن طرق الإنتاج المنفردة مثل التفكير المسموع وتدوين الأفكار على سبيل المثال لا تقود إلى نتائج متشابهة. ويعتقد بأن هذه الفروق تعزى إلى أنه يمكن التفريق بين طرق التشخيص الاستعرافي في مجموعة من المظاهر، مثل ما الذي يتم قياسه أو فيما إذا كان يتم استخدام منبهات وما هي هذه المنبهات، لاستثارة الاستعرافات (قارن الفقرة 2.1). لهذا ينصح باستخدام طرق متعددة بشكل عام لقياس استعرافات محددة. وعلى الطرق المستقبلية أن تخصص ما هي الطرق، التي تضمن تحقيق الصدق والثبات الأمثل لقياس استعرافات محددة، وضمن أية شروط يتم هذا التحقيق.

2.5 استقصاء النتاجات الاستعرافية في الممارسة الإكلينيكية النفسية

يعد تشخيص الاستعرافات المهمة بالنسبة إلى الاضطراب شرطا جوهريا لتحليل المشكلة والتخطيط للعلاج في إطار المبادئ العلاجية الاستعرافية. فيما عدا هذا لابد من استقصاء الاستعرافات المهمة بالنسبة إلى الاضطراب كمتغيرة تابعة في اختبار التأثيرات

العلاجية في قياس التعديل والمجرى. أما ما هي الاستعرافات التي ينبغي استقصائها فلا بد وأن يتم الاسترشاد هنا بمستوى البحث وتصور الاضطراب. ويقدم الجدول (2) نصائح عامة للقياس الموثوق لمواد بيانات التقرير الذاتي.

ومن حيث المبدأ فإنه يمكن استخدام كل الطرق الموصوفة لقياس النتاجات الاستعرافية مثل الاستبيانات والمذكرات اليومية وطرق التفكير المسموع...الخ المفيدة في إطار التدخلات الإكلينيكية النفسية. واستخدام استبيانات الاستعرافات الخاصة بالاضطراب قبل العلاج وبعده تسهل تحديد الاستعرافات الوظيفية المختلة، التي ينبغي أن تتم معالجتها في العلاج. بالإضافة إلى ذلك يمكن أن تكون استبيانات الاستعرافات مفيدة لفحص نجاح التدخلات الاستعرافية. وعلى الرغم من أن طرق التأكيد تعطي دلائل مهمة على الاستعرافات السلبية للمريض إلا أنها عادة لا تستطيع قياس كل الاستعرافات الفردية المهمة بالنسبة إلى الاضطراب . ومن هنا فإنه من المهم

الجدول (2): نصائح عامة لرفع صدق مادة البيانات الاستعرافية التي يذكرها المريض عن نفسه (عن Meichenbaum & Cameron,1981)

1- ينبغي للاستقصاء أن يتم بعد الحدث المهم مباشرة قدر الإمكان، من أجل التقليل من أخطاء التذكر.

2- ينبغي تحديد أحداث محددة أو وحدات صغيرة للملاحظة الذاتية، وإلا سوف يتم قياس استنتاجات استدلالية أو ميول توقع عامة معها.

3- ينبغي تحليل التقارير الذاتية من منظور الاتساق (استنادا إلى أنماط شبيهة في المواقف القابلة للمقارنة على سبيل المثال).

4- ينبغي أن يطلب من الشخص وصف الأحداث المطابقة (أسئلة-كيف). وينبغي ألا يطلب منه إعطاء الأسباب الممكنة (أسئلة-لماذا) لسلوكه أو بالنسبة إلى الأحداث المهمة، ذلك أنه من خلال ذلك يتم قياس نظريات عامة وليس الشروط المهمة بالفعل.

5- ينبغي استخدام مساعدات للتذكر في تجميع الأفكار.
6- لابد من تنبيه المريض بشكل صريح بأنه ليس عليه ملاحظة وتوثيق الموقف المثير وسماته فقط وإنما عليه أيضا أن يلاحظ ويوثق الأفكار الجارية (والمشاعر في مقتضى الحال) في الموقف المهم.
7- لابد أن يستند التحضير النفسي على المهمة على دافعية الشخص المعني من أجل رفع صدق الملاحظة الذاتية قدر الإمكان (من خلال الإشارة إلى نوع فائدة المعلومات في العلاج على سبيل المثال).
8- لابد أن يتم تصميم الإطار العلاجي بحيث يتم تسهيل ملاحظة الذات وكشف الأفكار (من خلال لعب ا الأدوار التشخيصي والجلسات المطابقة على سبيل المثال).
9- يمكن أن يرفع استخدام مثيرات الذكريات من صدق بيانات التقرير الذاتي (من خلال المساعدة بالاستدعاء عن طريق شريط الفيديو videotape-aided recall على سبيل المثال).

استخدام أساليب تشخيصية أخرى (أبعد من استخدام طرق التأكيد)، للحصول على الاستعرافات الفردية المهمة للمريض. وهذا يحدث على سبيل المثال في إطار تحليل السلوك، الذي يتم في إعادة بناء الاستعرافات الظاهرة في أثناء موقف محدد (قارن الفصل السادس من هذا الكتاب). بالإضافة إلى ذلك فقد برهن استخدام المذكرات اليومية صلاحيته للحصول على الاستعرافات الظاهرة في الحياة اليومية. ويمكن معالجة هذه الاستعرافات في الجلسة التالية أما بالتعاون مع المعالج أو حتى من المريض نفسه في مجرى تسجيله لمذكراته اليومية.

كما أنه من المفيد في كثير من الحالات الحصول على الاستعرافات المهتمين بها ليس بطريقة استرجاعية فحسب وإنما كذلك في المواقف الإشكالية بشكل "حي online" كذلك، بطريقة التفكير المسموع على سبيل المثال . وعليه يمكن على سبيل المثال مواجهة مريض يعاني من مخاوف اجتماعية بموقف يخاف منه (كالتقويم السلبي من المعالج في

أثناء لعب الأدوار مثلا؛ تصور نفسه بين حشد كبير من الناس؛ الدخول إلى مطعم). فيستقصي المعالج في أثناء أو بعد الموقف مباشرة ما يلي:

أ - نحو أي شيء وجه المريض انتباهه (إدراك الذات مقابل إدراك الآخر مقابل إدراك الموقف على سبيل المثال ؛ عمليات إدراك انتقائية؛ قارن الفقرة 3)،

ب- ما هي الاستعرافات التي دارت في خاطره في أثناء الموقف المتخيل أو المحاكى أو الحقيقي (تقويمات للذات، للآخر، ومضات أفكار، صور تخيلية على سبيل المثال)،

ج- وما هي المشاعر والميول السلوكية التي كانت مرتبطة بهذا.

ويمكن تسجيل هذه الاستعرافات أو توثيقها في بروتوكول. ويمكن أن يطلب من المريض في الختام تقويم الأفكار التي ذكرها، ليستخلص منها استنتاجات فيما يتعلق بفائدتها Functionality بالنسبة إلى السلوك المشكل: فمن المألوف أن يتم التمييز بين الأفكار السلبية والإيجابية، مع العلم أن الأفكار السلبية غالبا ما تكون منمية للسلوك المشكل. يضاف إلى أنه يمكن تحديد أفكار "المواجهة"، التي تميز التعامل مع موقف مشكل ويغلب أن يتم التعبير عنها عقب الأفكار السلبية (مثال: "كم من المخجل أن أحمر الآن، ولكني سأصمد" (قارن Merluzzi & Glass,2000). كما أنه يمكن من خلال أسئلة أخرى التطرق لأهمية الاستعرافات، كأن يسأل عن مدى تكرار ظهور هذه الأفكار وفي أي المواقف، وإلى أي مدى تميز المريض، ومدى قوة ارتباطها بالمشاعر السلبية أو تسبب له الهم".

مثال حالة 1:

عانت السيدة كريمة منذ الانفصال عن شريكها من تعكر المزاج الاكتئابي وفقدان الدافعية والأرق، فلجأت بسببها للعلاج. وقد ظهرت الدلائل الأولى على الاستعرافات المهمة في إطار تحليل السلوك. فقد ظهر هنا بأن المريضة تشهد في كثير من المواقف، وبشكل خاص في التعامل مع الناس الآخرين أفكارا سلبية تستثير لديها الحالة المزاجية الهابطة. فقد كانت تغمرها على سبيل المثال أفكار مثل "لم تعد صديقتي تحبني"، "إنها لا تهتم بحالي"، "سوف أظل وحيدة طوال العمر"، وذلك عندما تكون على موعد مع صديقتها ولم تظهر بعد خمس دقائق من الموعد. وقد قادت هذه الأفكار لدى السيدة كريمة إلى الانقباض واليأس. ومن أجل تحديد الأفكار السلبية الأخرى طلبت المعالجة من السيدة كريمة الإجابة عن استبيان الأفكار الآلية الإيجابية والسلبية (Poessel, Seemann & Hautzinger, 2005). وقد قاد هذا الاستبيان إلى نتيجة مفادها وجود أفكار وقناعات سلبية متكررة، غلبت على تفكير السيدة كريمة ("أنا أشعر باليأس"، "لم أعد أتحمل" على سبيل المثال).

وبناء على هذه المعلومات عملت المعالجة مع المتعالجة نموذج اضطراب، احتلت فيه الأفكار السلبية مركزا أساسيا في الحفاظ على استمرارية المزاج الاكتئابي. ومن هنا تم الاتفاق على الخطوة التالية والمتمثلة في الملاحظة الدقيقة للأفكار السلبية الآلية في الحياة اليومية وملاحظة تأثيرها المغير للمزاج بدقة. ومن أجل هذا الغرض عبأت المريضة طوال أسبوع البروتوكول اليومي لقياس الأفكار السلبية (قارن Hautzinger, 2003). وقد اتضح بأنه في المواقف التي لم يكن فيها الكثير لتعمله بشكل خاص تستثير الأفكار السلبية الآلية الانقباض واليأس أو تتقوى وتقود ثانية إلى أن المريضة لا تعود تقوم بالواجبات اليومية الأخرى المهمة. بالإضافة إلى ذلك استخدمت المعالجة في الجلسات التغيرات المزاجية الظاهرة لاستقصاء الاستعرافات السلبية. وعليه فقد طلبت المعالجة من المريضة تسمية كل الأفكار بشكل ملموس قدر الإمكان، التي دارت في خاطرها قبل ازدياد مزاجها سوءا (طريقة التفكير المسموع)، عندما بدأت فجأة بالبكاء

في أثناء الجلسة. فسمت المريضة أفكارا سلبية آلية مختلفة ظهرت في أثناء الجلسة مع المعالجة، منها "وحتى هذا لم يفيدني"، "أنا حالة ميئوس منها"، "أنا وحيدة في مشكلاتي". وبهذا فقد أمكن استقصاء العلاقة بين هذه الأفكار والمشاعر التالية من اليأس والانقباض بشكل مباشر وتوضيحها للمريضة. وقد أظهرت الإجابة مرة أخرى على مقياس الأفكار الآلية الإيجابية والسلبية في وسط العلاج ونهايته انخفاض واضح لتكرار الأفكار السلبية وزيادة في الأفكار الإيجابية؛ وقد أعطت هذه النتائج المعالجة والمتعالجة إرجاعات حول تأثير التدخلات الاستعرافية.

3- تشخيص العمليات الاستعرافية

3.1 الخلفية

يظهر لدى الأشخاص بالاضطرابات النفسية تغيرات مميزة في العمليات الاستعرافية، في الإدراك والانتباه واستخدام الذاكرة والتفكير الاستنتاجي أو في الحكم على سبيل المثال. وفي حين تمثل النتاجات الاستعرافية موضوع البحث والممارسة معا فإنه لم تتم دراسة العمليات الاستعرافية على الأغلب إلا في الأبحاث – مع بعض الاستثناءات– حول معالجة المعلومات في الاضطرابات النفسية.

كما أن تحليل وتعديل العمليات الاستعرافية يلعب في التشخيص القائم على الممارسة والعلاج الاستعرافي دورا مركزيا، كما هو الحال على سبيل المثال في تحليل وتعديل عمليات الانتباه في الصورة المرضية للرهاب الاجتماعي (Clark, 2002) أو في استقصاء وتعديل عمليات الهم ("worrying") في اضطرابات القلق المعمم (Heimberg, Turk & Mennun,2004). بل إن بعض الباحثين ينادون بوجهة النظر القائلة أن عامل التأثير الأساسي في المعالجات الاستعرافية يكمن في تعديل العمليات الاستعرافية المختلة وليس في تعديل النتاجات الاستعرافية (Teasdele, 1999: Wells, 2000). وتوضح هذه الأفكار أهمية قياس العمليات الاستعرافية بالنسبة إلى الممارسة العلاجية.

وتكمن سمة التمييز الأساسية بين لعمليات الاستعرافية فيها إذا كانت تجري بشكل آلي (أي غير شعورية؛ غير موجهة إراديا) أم مضبوطة (أي شعورية، موجهة إراديا) (Schneider & Shiffrin,1977). وللتفريق بين درجات وعي العمليات أو الظواهر الاستعرافية مضامين مهمة للتشخيص النفسي الإكلينيكي: ففي الاستعرافات التي يمكن التعبير عنها (القابلة للصياغة اللغوية لابد من تصميم الموقف بحيث يتم جعل الظواهر الاستعرافية متيسرة للاستبطان introspection، أي يمكن "تنشيطها" (من خلال لعب الأدوار التشخيصي، التمارين التصويرية على سبيل المثال). وفي العمليات التي تجري بشكل لاشعوري لا يقدم التقرير اللفظي (المقابلة، الاستبيانات على سبيل المثال) أي بيانات صادقة (قارن أيضا Nisbett & Wilson,1977). ومن الأفضل هنا استخدام طرق التشخيص الاستعرافي التجريبية بدلا من ذلك (قارن أدناه).

3.2 طرق إعادة بناء العمليات الاستعرافية

3.2.1 أساليب الاستبيانات

يمكن قياس العمليات الاستعرافية التي تجري بشكل مضبوط (مراقب) ومن ثم المتيسرة للشعور أو الوعي من خلال الاستبيانات إلى حد ما. وبالمقارنة مع الطرق التجريبية التي سنصفها في الفقرة التالية فإن هذه الأدوات اقتصادية وسهلة الاستخدام في البحث والممارسة الإكلينيكية النفسية.

وتعد الطريقة التي يتعامل فيها المريض مع الاستعرافات التطفلية وغير المرغوبة (وعلى عكس محتوى الاستعرافات التي تحتل في قياس النتاجات الاستعرافية الأولوية) من العمليات الاستعرافية التي يكثر قياسها عن طريق الاستبيانات. فقد أظهرت الدراسات أن المرضى باضطرابات نفسية مختلفة يميلون لكبح أفكارهم، أي يحاولون بصورة مقصودة كبت الأفكار غير المرغوبة من وعيهم (Harvey, et al.,2004). إلا أن الدراسات التجريبية تشير إلى أن هذا يمكن أن يقود وعلى سبيل المفارقة إلى ارتفاع

تكرار هذه الأفكار (Purdon,1999). ومن أجل قياس الميل لكبح الأفكار غير المرغوبة تم تطوير قائمة قمع الدب الأبيض White Bear Suppression Inventory (Wegner & Zanakos,1994; German Fehm, Hoeping & Hoyer, 2000) واستخبار التحكم بالفكرة Thought Control Questionnaire (Wells & Davies,1994; German: Fehm & Hoyer, 2003). ويكمن أحد أشكال التعامل المعاكس لهذه الأفكار التطفلية في التفكير المتكرر ولفترة زمنية بـها. وينظر للتفكير السلبي الشاذ على سبيل المثال على شكل من الهم أو الانشغال الفكري على أنه عملية مركزية في الاضطرابات النفسية المختلفة، كما هو الحال في الاكتئاب مثلا أو اضطرابات القلق المعمم أو اضطرابات الإرهاق التالية للصدمة. ومن أجل قياس الأشكال المختلفة من الأفكار الشاذة تم تطوير عدد من الاستبيانات مثل استخبار ولاية بن للهم Penn State worry Questionnaire لقياس الهموم أو استخبار أسلوب الاستجابة Response Style Questionnaire لقياس الانشغال الفكري الاكتئابي.

3.2.2 الطرق التجريبية لإعادة بناء العمليات الاستعرافية

تم تطوير مجموعة من الطرق التجريبية لإعادة بناء العمليات الاستعرافية الجارية بشكل آلي. وسوف نقوم فيما يلي بتوضيح نماذج تجريبية لإعادة بناء عمليات الانتباه وعمليات الذاكرة وعمليات التفسير والحكم والتفكير من خلال مثال لصور مختلفة من الاضطرابات.

طرق لإعادة بناء عمليات الانتباه الانتقائي

تم فحص عمليات الانتباه في البحث الإكلينيكي التجريبي بشكل خاص كتوجيه انتقائي للانتباه استنادا إلى تمثل مثيرات خاصة بالاضطراب معروضة بطريقة سمعية أم بصرية. فإذا ما وجد صرف انتقائي للانتباه، يمكن استنتاج عملية تجنب استعرافية. وقد تم تطوير نماذج مختلفة لقياس عمليات الانتباه الانتقائي:

- يعد اختبار ستروب الانفعالي Emotional Stroop Test (Williams, Mathews &

McLeod,1996) اختبارا شائعا لدراسة عمليات الانتباه البصرية. ففي هذا الاختبار يتم عرض كلمات بألوان مختلفة على المفحوص. وتكمن وظيفته في تسمية لون الكلمات المعروضة بأسرع وقت ممكن. أوقات الاستجابة المطولة للكلمات الهدف المهمة بالنسبة إلى الاضطراب (مثل الموت؛ قلية الحيلة؛ الهلع على سبيل المثال)، بالمقارنة مع كلمات ضابطة (مثل الكلمات الإيجابية أو الحيادية) تعطي مؤشرات على تأثيرات التشويش interference effects، التي تفسر على شكل توجيه انتقائي للانتباه على مثيرات (منبهات) مهمة بالنسبة إلى الاضطراب. وقد تم تطوير تفسيرات نظرية مختلفة لأثر ستروب، إلا أن صلاحية هذه التفسيرات مازالت غير واضحة إلى مدى بعيد (لعرض مفصل راجع Willams et al., 1997). وإلى جانب عدم وضوح صدق البناء هناك أيضا الثبات والحساسية للتعديل غير المبرهنين إلى حد كبير.

- وفي حين أنه لا يمكن في اختبار ستروب استبعاد أن عمليات أخرى غير العمليات القائمة على الانتباه تقود إلى أوقات كمون مطولة، فقد تم تطوير اختبار تدقيق النقطة Dot Probe Test كإجراء للفحص المباشر لعمليات الانتباه البصري (Mac Leod,1991). وفي هذا الاختبار يتم في تمريرات متكررة عرض مثيرين مختلفين في كل مرة (في العادة كلمات) على شاشة. ويطلب من المفحوص الاستجابة بأسرع ما يمكنه الضغط على مفتاح عند إضاءة نقطة (التدقيق البصري للنقطة visual dot Probe)، تحل محل واحد من كلا المثيرين كل مرة (أي أنها تظهر مكان المثير). وتتيح المقارنة لأوقات الاستجابة على النقاط، التي تحل محل المثيرات ذات الأهمية بالنسبة إلى الاضطراب، مع أوقات الاستجابة للنقاط، التي تظهر مكان المثير الضابط، استنتاج عمليات الانتباه الانتقائية. وهنا تشير أوقات الاستجابة الأقصر في المثيرات المهمة بالنسبة إلى الاضطراب على توجه انتقائي للانتباه نحو هذا المثير.
- في مهمات اتخاذ القرار المفرداتي lexical (Williams et al., 1997) يتم في العادة إعطاء المفحوص كلمة ذات معنى (بيت على سبيل المثال) أو "لا كلمة No word"، أي

مجموعة أحرف لا معنى لها (مثل "Jwaase" على سبيل المثال)، وتكمن وظيفة المفحوص في اتخاذ القرار بأسرع وقت ممكن فيما إذا كان الأمر يتعلق بكلمة ذات معنى أم لا، والضغط على المفتاح الملائم. وتشير أوقات الاستجابة المتأخرة في الكلمات المتعلقة بالاضطراب (كالحزن في الاضطرابات الاكتئابية، والهلع في اضطرابات القلق) بالمقارنة مع الكلمات الضابطة إلى التوجيه الانتقائي للانتباه نحو هذه المثيرات.

- إذا أردنا فحص عمليات الانتباه في المراحل المتأخرة من معالجة المعلومات، تتضمن تحليلات أكثر عمقا للمفاهيم مما تستثيره مهمات اتخاذ القرار المفرداتي، فيمكن استخدام مهمات التصنيف الدلالي. وفي هذه الطريقة يتم إعطاء المفحوص كلمات مهمة بالنسبة إلى الاضطراب وكلمات ضابطة، التي عليه تقويمها على بعد محدد (مثال" "هل هذه الكلمة هي كلمة انفعال؟" على سبيل المثال).
- من أجل فحص عمليات الانتباه في المعالجة الاستعرافية للمعلومات السمعية انتشر استخدام طريقة الإصغاء المزدوج Dichotomy Listening. وفي هذه الطريقة يتم إسماع المفحوص - عن طريق السماعات في العادة- معلومات مختلفة في الوقت نفسه. وتكمن الوظيفة بتحديد المعلومات المهمة وفي الوقت نفسه عدم الاهتمام بالمعلومات غير المهمة. فذا ما تم الطلب من المفحوص عندئذ الضغط دائما على مفتاح عندما يسمع كلمة محددة، فإنه ينجح في العادة بدون مشكلات فيما يتعلق بقناة المعلومات التي يوجه انتباهه نحوها بشكل فاعل (قناة الانتباه Attended channel). وعلى العكس من هذا كانت تتم معالجة المعلومات من القناة الثانية للمعلومات فقط (القناة غير المنتبه إليها Unattended Channel) بشكل مقصود عندما كان الأمر يتعلق بكلمات مهمة انفعاليا (مثل الفشل؛ الذهاب للتسوق لوحدي) أو معلومات مهمة شخصيا (مثل اسم الشخص على سبيل المثال). وعادة ما يتم قياس زمن الاستجابة مع العلم أن أوقات الاستجابة القصيرة تشير إلى توجيه انتقائي للانتباه وكذلك جودة الإنجاز (أي عدد الإجابات الصحيحة أو الخطأ).

طرق إعادة بناء عمليات الذاكرة

ينطلق البحث الإكلينيكي التجريبي في فحص تأثيرات الذاكرة من التمييز بين الذاكرة الظاهرية والذاكرة الضمنية. وتتضمن عمليات الذاكرة الظاهرية الأشكال الواعية، المستحدثة قصديا من الاستدعاء، في حين أن الذاكرة الضمنية تتضمن التذكر غير الشعوري وغير المستثار قصديا. وعند استخدام الاختبارات الصريحة أو الضمنية لفحص عمليات الذاكرة في الاضطرابات النفسية يتصدر في العادة السؤال فيما إذا كان المفحوصين الذين يعانون من اضطرابات نفسية يظهرون تأثيرات تذكر انتقائي للمثيرات القائمة على الاضطراب. وعليه تشير مجموعة من الدراسات أنه في اضطرابات القلق المختلفة يوجد تخزين مرتفع للمثيرات المهمة بالنسبة إلى الاضطراب في الذاكرة الضمنية، في حين أن النتائج بالنسبة إلى الذاكرة الظاهرية غير موحدة. بالمقابل وجد لدى المرضى المكتئبين في الغالب تشويهات ذاكروية في الذاكرة الظاهرية. وسوف يعتمد العرض التالي بصورة توضيحية على أساليب التشخيص المتعلقة بالاضطراب لتشخيص العمليات الانتقائية للذاكرة. أما الأساليب الاختبارية النفسية العصبية لتشخيص قصور الذاكرة فقد تم وصفها في مكان آخر من هذا الكتاب (قارن الفصل 15).

إلى أي مدى يتحسس مرضى الاكتئاب المتحسنون في حالة المزاج السلبي؟

استخدم غيمار وآخرون (Gemar, et al.) اختبار التداعي الضمني لاختبار فرضية أن المزاج السلبي لدى المرضى المكتئبين المتحسنين يمكنه أن ينشط الميول السلبية تجاه أنفسهم. فطلب من المرضى في المرحلة الأولى الاستجابة على عرض كلمات متعلقة بهم (مثل اسم المفحوص على سبيل المثال) وكلمات إيجابية (مثل سعيد على سبيل المثال) بالضغط على مفتاح معين والاستجابة على كلمات غير متعلقة بهم (مثل اسم شخص

غريب على سبيل المثال) وكلمات سلبية (مثل حزين على سبيل المثال) بالضغط على مفتاح آخر. وفي المرحلة الثانية تم استبدال تصنيف الكلمات، فصنفت الكلمات المتعلقة بالمفحوصين والإيجابية على المفتاح الآخر والكلمات غير المتعلقة بالمفحوصين والسلبية على المفتاح الأول. وطبقا للفرضية فقد أظهرت النتائج أنه بعد استثارة المزاج السلبي، ولكن ليس قبله كان للمرضى السابقين بالاكتئاب اتجاهات إيجابية تجاه أنفسهم أقل من المجموعة الضابطة التي لم يكن لديها في تاريخها السابق اضطراب اكتئابي. كما تم في اختبار التداعي الضمني إجراء مقارنة بين أوقات الاستجابة لكلتا المرحلتين كمعيار للقوة النسبية للترابط Association بين مفهومين: فإذا ما عالج المفحوص المرحلة الأولى أسرع من المرحلة الثانية، فقد افترض أن الذات ترتبط مع المكافئ Valence الإيجابي بشكل أقوى منه مع المكافئ السلبي. بالمقابل فقد افترض أن نمط الاستجابة المعاكس يشير إلى ترابط للذات مع المكافئ السلبي association of Self with negative Valence أقوى من المكافئ الإيجابي ومن ثم يشير إلى مفهوم سلبي للذات.

- تعد مهمات الاستعادة reproduction والتعرف من الأساليب كثيرة الاستخدام لإعادة بناء عمليات الذاكرة الظاهرية (Williams et al., 1997). ففي مهمات الاستعادة الحرة Free Recall يتم الطلب من المفحوص تسميع المعلومات التي تم تقديمها له قبل ذلك، و تكمن المهمة في التقرير في التعرف فيما إذا كان قد تم إعطاء هذه الكلمة مسبقا أم لا.
- من أجل تشخيص عمليات الذاكرة الضمنية تفيد الاختبارات غير المباشرة، التي لا يتم فيها الطلب من المفحوص أن يقوم من مهمات جذر الكلمة أو مهمات إكمال الجمل بالتذكر المقصود. وتتألف مهمات جذر الكلمة أو الإكمال في العادة من مرحلتين؛ في المرحلة الأولى يتم تقديم كلمات للمفحوص؛ ولكن لا يتم إخباره بأنه عليه أن يتذكر في وقت لاحق هذه الكلمات. وفي المرحلة الثانية يتم عرض كلمات ناقصة على المفحوص مع الطلب منه بكتابة أو نطق أول كلمة تخطر على باله

تتناسب مع البداية (مثال: مش- مشفى). وهنا يتم عرض جذور كلمات "قديمة" (أي أنه تم إعادة ترميز الكلمات المطابقة من المرحلة الأولى) وكذلك جذور كلمات "جديدة" لا يوجد لها مطابقة مع الكلمات التي تم إعادة ترميزها في المرحلة الأولى. ويتم اختبار إلى أي مدى يستخدم المفحوصون الذين يعانون من اضطرابات نفسية بالمقارنة مع مجموعة ضابطة في المرحلة الثانية انتقائيا كلمات "قديمة" من الفئات المتعلقة بالاضطراب، وهو ما يمكن تفسيره على أنه أثر ضمني للذاكرة بالنسبة إلى المعلومات المتعلقة بالاضطراب.

- ويعد اختبار التداعي الضمني Implicit Association Test (IAT; Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998) عبارة عن مهمة تصنيف تتيح استنتاجات لقوة الترابط النسبي بين مفهومين (قارن أدناه). وقد تم استخدام اختبار التداعي الضمني IAT لفحص الإمراضيات النفسية Psychopathologies المختلفة، كالمخاوف الاجتماعية ورهابات الحيوانات والاكتئابات. وعلى الرغم من أن اختبار التداعي الضمني يعد اختبارا واعدا لقياس عمليات الذاكرة الضمنية فإن خصائصه السيكومترية غير واضحة إلى حد كبير (Bosson, Swan & Pennebaker, 2000).

- تدرس مبادئ بحث أخرى لإعادة بناء عمليات الذاكرة الانتقائية التأثيرات الانفعالية على عمل الذاكرة. فقد تم دراسة المزاج المنسجم مع الذاكرة أو الميل لتذكر المعلومات المتسقة مع المزاج المعني، في الاضطرابات الوجدانية واضطرابات القلق بشكل خاص. وهنا ظهر مرارا وجود أساس ذاكري منسجم مع المزاج لدى المرضى المكتئبين، الذين أظهروا في حالة المزاج السلبي ميلا لتزايد ذكريات المثيرات السلبية (Williams et al., 1997).

- كما تمت دراسة شذوذات ذاكرة السيرة الذاتية ، أي ذكريات الخبرات الشخصية. ففيما يسمى باختبار ذاكرة السيرة الذاتية يتم عرض مثيرات ذاكروية (في العادة كلمات) وعلى المفحوصين بالنسبة إلى كل مثير وصف ذكرى خاصة استثارتها الكلمة خلال ستين ثانية. وقد أشارت دراسات مختلفة إلى أن المرضى المكتئبين ومرضى اضطرابات ما

بعد الصدمة قد أظهروا عددا أكبر من الذكريات الفئوية (أي ذكريات مجمعة أو فئات من الذكريات، على سبيل المثال "دائما عندما كنت في المدرسة..." وعدد أقل من الذكريات النوعية (على سبيل المثال "في اليوم الأول لدخولي المدرسة حصل ...") من العينة الضابطة السليمة (Harvey et al., 2004; Williams et al., 1997)

طرق لإعادة بناء عمليات التفسير والحكم والتفكير

كانت الفرضية القائلة بأن الاضطرابات النفسية تتصف بالتشويهات المنظومية في تفسير وتقويم المواقف والتفكير الاستنتاجي (Beck,1976; Ellis,1962) واحدة من المكونات الأساسية في المبادئ الاستعرافية القديمة. ومن أجل إعادة بناء عمليات التفسير والحكم في التشخيص الاستعرافي يتم بشكل خاص استخدام مهمات يتم فيها إعطاء المفحوص كلمات ذات معاني متعددة homophone أو جمل تتضمن معلومات مهمة بالنسبة إلى الاضطراب (مهددة على سبيل المثال) وغير مهمة بالنسبة إلى الاضطراب (غير مهددة على سبيل المثال). والكلمات المتجانسة homophone هي كلمات ذات لفظ متشابه لكنها مختلفة في طريقة الكتابة والمعنى، يتم إعطائها عن طريق السمع (مثال: Die; Dye). ويتم اختبار أي من المعاني يختار المرضى: فإذا ما تم اختيار المعاني المهمة بالنسبة إلى الاضطراب بشكل أكبر فإن هذا دلالة على أساس تفسير خاص بالاضطراب.

وقد تم استخدام الكلمات ذات المعاني والجمل المتعددة لفحص عمليات التفسيرات المختلة وظيفيا وعمليات الحكم في اضطرابات نفسية مختلفة، من بينها الاكتئابات (Lawson, Mac Loeod & Hammond,2002) واضطرابات الطعام (Shafran, Fairburn, Nelson & Robinson,2003). ففي الرهابات الاجتماعية ظهر على سبيل المثال وبشكل منسجم مع النظرية بأن المعنيين غالبا ما يفسرون خطأ المواقف الاجتماعية متعددة المعاني بأنها خطيرة ويفترضون مخارج سلبية باحتمال مرتفع أكبر (Heinrichs & Hofmann, 2001).

طرق لإعادة بناء عمليات حل المشكلات

يرتبط استقصاء مهارات حل المشكلات مع الممارسة الإكلينيكية بشكل وثيق. وفي استقصاء مهارات حل المشكلات لابد من التفريق بين تشخيص كفاءة توليد الحلول البديلة في مشكلات الحياة اليومية عن كفاءة حل المشكلة. كلتا السمتين ترتبطان بشدة مع الاضطرابات النفسية المختلفة (من بينها الفصامات، الإدمان، رهابات الأماكن العامة والسلوك العدواني للأطفال). وبالتحديد في مجال علاج الاكتئابات برهنت أدوات مطابقة فائدتها سواء بالنسبة إلى التخطيط أم بالنسبة إلى تقويم معالجات حل المشكلات:

- يمكن قياس القدرة على توليد تصرفات بديلة بمساعدة إجراءات حل المشكلات– الوسائل– الأهداف Means-Ends- Problem Solving Procedure(MEPS) . وهنا يتم تقديم مشكلات بين شخصية من خلال عرض مشاهد في وضع البداية (مثال: شخص ما وحيد) وفي وضع الهدف (مثال: شخص يتسلى مع آخرين). وعلى المريض هنا إنتاج أكبر قدر ممكن من الحلول. والمهم من الناحية التشخيصية هنا عدد الوسائل المهمة أو غير المهمة والواقعية (الحلول الملموسة) وتسلسل الوسائل ووزنها.
- إلى جانب هذا الإجراء توجد أيضا أساليب تساعد على تقدير الكفاءة الذاتية للمريض بصفته حال للمشكلة. ويمكن قياس الكفاءة المقدرة ذاتيا حول حل المشكلة إما بمساعدة قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة Social Problem-Solving Inventory- Revised (SPSI-R; D, Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002) أو قائمة حل المشكلات Problem-Solving Inventory (PSI; Heppner & Petersen, 1982). وإلى جانب هذه الأساليب المعروفة تم تطوير أساليب أخرى، للفصاميين على سبيل المثال (قارن للمزيد D, Zurilla, 2004). ويمكن اعتبار كل هذه الأدوات الموصوفة ثابتة وصادقة بشكل كاف.

3.3 تقويم تلخيصي

تقدم الطرق التجريبية الموصوفة من التشخيص الاستعرافي دلائل مهمة على العمليات الاستعرافية التي قد تكون مهمة بالنسبة إلى استمرار الاضطرابات النفسية. وتكمن إحدى فوائد الطرق الموصوفة في إمكانية فحص الظواهر الاستعرافية، غير المتيسرة بسهولة للاستبطان ومن ثم لا تقاس بالتقارير الذاتية. وقد تم انتقاد المبادئ الاستعرافية ذات التركيز القوي على قياس النتاجات الاستعرافية بأشكال مختلفة بسبب الخلل في ارتباطها بالأبحاث الأساسية[1] Basic Researches لعلم النفس التجريبي والاستعرافي. بالمقابل تتميز الخطوط البحثية الموصوفة في هذه الفقرة حول عمليات معالجة المعلومات في الاضطرابات النفسية بالقرب الشديد من علم النفس الاستعرافي وبالتحديدات الاصطلاحية terminology والطرائق Methodic. إلا أنه لابد من الملاحظة النقدية أنه من غير الواضح في كثير من النماذج التجريبية ما هي العمليات الاستعرافية المفحوصة بالضبط. وهذا يتطلب مزيدا من الأبحاث حوله. بالإضافة إلى أن طرق إعادة بناء العمليات الاستعرافية مكلفة عموما وقلما أمكن حتى الآن استخدامها في تشخيص الحالة الفردية. ناهيك عن أن أساليب الاستبيانات تقدم إمكانية قياس عمليات استعرافية محددة في الممارسة اليومية الإكلينيكية. كما لابد من الإشارة إلى أن الأدوات الموصوفة لقياس العمليات الاستعرافية يمكن أن تكون ذات فائدة في التقويم العلاجي. فقد استطاعت مجموعة من الدراسات إثبات التعديلات في العمليات المتعلقة بالاضطرابات من خلال التدخلات النفسية (Harvey et al., 2004).

---

(1) تطلق على ألأبحاث التي تجري في المجال الأكاديمي تسمية أبحاث الأسس أو الأبحاث الأساسية. والتي تجري في القطاع الخاص الأبحاث التطبيقية Applied Research.

3.4 استقصاء العمليات الاستعرافية في الممارسة الإكلينيكية النفسية

إلى جانب الاهتمام بالنتاجات الاستعرافية (كالأفكار الآلية السلبية على سبيل المثال) يعد تحديد وتعديل العمليات الاستعرافية المختلة وظيفيا جزءا أساسيا من العملية العلاجية الاستعرافية. ومن هنا يفترض أن يتم أخذ العمليات الاستعرافية في كل مراحل التشخيص والتخطيط للعلاج بعين الاعتبار. ويستطيع النفسانيون الإكلينيكيون الاسترشاد في اختيار الطرق الملائمة بالنماذج الراهنة حول الاضطرابات والعمليات المختلة وظيفيا الموصوفة فيها. فبالنسبة إلى بعض العمليات المهمة (مثل قمع الأفكار، الانشغال الفكري مثلا) تتوفر مقاييس موثوقة يمكن استخدامها في مجرى العلاج وقياس النجاح. أما بالنسبة إلى استقصاء العمليات غير المتيسرة للاستبطان (التي يصعب استبطانها) فلا تتوفر بعد أدوات ملائمة بالنسبة إلى الممارسة الإكلينيكية العملية. فالنماذج التجريبية المستخدمة بأشكال مختلفة في السياق البحثي لا تتوفر لها حتى الآن الجودة السيكومترية من أجل التمكن من استخدامها في التشخيص الفردي بشكل آمن كفاية.

إلا أن نتائج البحث النفسي المرضي التجريبي تقدم لنا دلائل على ماهية التغيرات في العمليات الاستعرافية التي تظهر في الاضطرابات النفسية؛ ومن هنا فإنها يمكن أن تكون مفيدة في التشخيص والتخطيط للعلاج.

وعليه يمكن أن تتمثل إحدى مضامين هذا البحث على سبيل المثال في أن يتم في تحليل السلوك والموقف لمرضى القلق الاستقصاء بدقة إلى أين يوجهون اهتمامهم في الموقف الذي يشعرون أنه مهدد لهم. ولدى مرضى الاكتئاب من المفضل لو تم توجيه الاهتمام إلى التأثير المتبادل بين المزاج السلبي وذكريات الأحداث السلبية.

ولفحص دور العمليات الاستعرافية بالنسبة إلى خبرة المريض يمكن على سبيل المثال عمل تجارب سلوكية. وعليه يتم في إطار العلاج الاستعرافي للرهابات الاجتماعية (Clark, 2001) إجراء لعب الأدوار حول الموقف الذي يخشى منه (كإلقاء كلمة، محادثة

مع شخص غريب على سبيل المثال)، وذلك تحت ظرفين مختلفين: بداية يطلب من المريض توجيه انتباهه على نفسه في أثناء لعب الدور أو على ما يحدث في جسمه (كالارتجاف، خفقان القلب على سبيل المثال)، في حين يطلب منه في المرحلة الثانية من لعب الدور أن يوجه انتباهه بشكل مقصود على شريك المحادثة أو على المحادثة نفسها. ومثل هذه التجربة السلوكية حول استقصاء دور عمليات الانتباه مهمة في الحفاظ على استمرارية القلق الاجتماعي للمريض ويمكنها أن تمثل بالإضافة إلى ذلك الخطوة العلاجية الأولى لتعديل هذه العملية.

عرض حالة 2:

كانت معالجة السيدة كريمة المذكورة في المثال السابق على دراية بمراجع تعديل العمليات الاستعرافية في الاكتئابات، مثل دور الانشغال الفكري وتأثيرات تعلق الذاكرة بالمزاج على سبيل المثال . ومن هنا فقد أولت في المرحلة التشخيصية من العلاج إلى جانب تحديد الأفكار الآلية السلبية اهتماما خاصا بوظيفة هذه العمليات لخبرة وسلوك المريضة. فقد ظهر أن المريضة قد بدأت في بداية ازدياد مزاجها سوءا بالانشغال الفكري، أي بالتفكير لساعات بفقدان دافعيتها وانقباضها وبأسباب ذلك ونتائجه. وقد قاد هذا إلى تزايد مزاجها سوءا. وظهر ميل شديد نحو نمط استجابة انشغالي كذلك في القيم المرتفعة في استخبار نمط الاستجابة Response Style Questionnaire (Kuehner & Weber, 1999)، الذي أجابت عنه المريضة في بداية العلاج (مثلا: عندما أشعر بالحزن والانقباض، أفكر كم أنا سلبية وبلا دافعية").

ومن اجل استقصاء أكثر لدور الانشغال بالنسبة إلى الأعراض الاكتئابية للمريضة اقترحت المعالجة إجراء تجربة سلوكية: فعلى المريضة أن تستجيب للتفكير السلبي ليومين إما بالطريقة المألوفة من الانشغال الفكري، وفي يومين آخرين، متفق عليهما مسبقا، أن تحاول أن تلهي نفسها عن انقباضها بشكل مقصود من خلال نشاطات إيجابية (قارن Wells & Papageorgiou, 2004). وقد أظهرت المناقشة التالية

للتجربة السلوكية أن الانشغال الفكري قد قاد لازدياد الحالة المزاجية للسيدة كريمة سوءا، وبالمقابل فقد قاد الإلهاء إلى تحسن طفيف في مزاجها.

كانت استمرارية الأعراض الاكتئابية من خلال هذه العملية جزءا مهما من النموذج الفردي للاضطراب، الذي طورته المعالجة بالتعاون مع السيدة كريمة وتم منه اشتقاق الخطوات العلاجية اللاحقة: وقد تكون أحد الأجزاء الأساسية للنموذج من الملاحظة بأن المزاج المنقبض لدى السيدة كريمة يقود إلى الانشغال المتزايد بأسباب مزاجها ووضعها العام. وبالمقابل يقود الانشغال الفكري إلى تفاقم المزاج سوءا والانسحاب الاجتماعي وتقليص الحل الفاعل للمشكلة ومن ثم إلى حلقة مفرغة ومزاج منقبض.

بالإضافة إلى ذلك خمنت المعالجة وجود تأثير ذاكرة مطابق للمزاج يظهر في الغالب في الاكتئابات ومن هنا أولت اهتماما خاصا عند استقصاء الأمزجة المنقبضة إلى الذكريات المذكورة. فظهر في تحليل السلوك أن السيدة كريمة في الحالة المزاجية المنقبضة قد تذكرت الأحداث السلبية من الماضي بشكل متزايد (كالانفصال عن شريكها على سبيل المثال). وقد قادت هذه الذكريات إلى تزايد مزاجها سوءا وكثرة الانشغال الفكري. وعلى أساس هذه الملاحظة تم في نموذج الاضطراب إدخال الذكريات المطابقة للمزاج كآلية محافظة على الاستمرارية.

4. تشخيص البنى الاستعرافية

4.1 الخلفية

في حين تمثل النتاجات الاستعرافية "الناتج output" أو نتيجة معالجة المعلومات وتصف العمليات الاستعرافية الأسلوب الذي تعالج فيه المعلومات، ينظر للبنى الاستعرافية Cognitive Structure على أنها وحدات مستمرة، توجه معالجة المعلومات وتؤثر عليها. ومثل هذه البنى العميقة من معالجة المعلومات تلعب في النماذج الاستعرافية

للاضطرابات دورا مهما. وعليه يؤكد بيك على سبيل المثال في نظريته التقليدية للاكتئاب على أهمية التصويرات الاستعرافية المولدة للاكتئاب depression gene Cognitive Schemata (Beck, 1976).

وتمثل الشبكات الدلالية للقلق نظرية أخرى مشهورة للبنى الاستعرافية (Foa & Kozak, 1986). فلو حاولنا تعريف مثل هذه المفاهيم (التصورات) المشهورة والأقل شهرة بصورة شاملة نظريا فإنه يمكن القول أن البنى الاستعرافية هي متغيرات مخزنة تمثل المعرفة حول العالم والشخص نفسه بدرجات مختلفة من التجريد (Basti & Tuschen, 1996; Williams et al., 1997).

وتوضح هذه الأمثلة أن الأمر يتعلق في البنى الاستعرافية ببناءات فرضية يفترض أن يتم فهمها على خلفية نظرية محددة. فلو حاول المرء تنظيم المفاهيم المختلفة في علاقتها بالتوجهات النظرية المختلفة، فإنه يمكن التعرف على بعض الأنماط الأساسية. فاستنادا إلى إنغرام وكيندل (Ingram & Kendel,1986) يتم التمييز بين قضايا propositions (المضامين أو المحتويات contents) البنى الاستعرافية من جهة، ومن جهة أخرى نوع روابطها أو تنظيمها (أي أسلوب بنائها الاستعرافي cognitive architecture) (قارن أعلاه). ومن الأمثلة على القضايا المفترضة على سبيل المثال المضامين المختلفة المخزنة للمعرفة (عارضة episodic أم دلالية semantic) أو فرضيات أساسية محددة. ومن الأمثلة على وصف تنظيم البنى الاستعرافية النماذج المختلفة من الذاكرة، قصيرة الأمد، طويلة الأمد، شبكات حيادية، بنى مخططات هرمية، التصور حول التصويرات الاستعرافية على سبيل المثال . وبناء على تنوع الفرضيات النظرية حول البنى الاستعرافية فإننا نشير إلى الرجوع إلى المعالجة التفصيلية للنماذج المختلفة والنتائج الإمبيريقية لإنغرام وآخرين (Ingram et al., 1988) وباور و دالغلايش (Power & Dalgleish,1997). وفيما يلي سنقوم بعرض تصورات منتقاة كأمثلة حول بناءات architecture ومضامين البنى الاستعرافية وطرق إعادة بنائها reconstruction.

4.2 طرق إعادة بناء البنى الاستعرافية

4.2.1 التصويرات الاستعرافية

أطلق بيك (Beck,1976) على البنى العميقة لمعالجة المعلومات تسمية التصويرة الاستعرافية Cognitive Schema. وقد عرفها بأنها أنماط استعرافية ثابتة توجه معالجة المعلومات عند الأفراد ومن هنا تقود إلى العمليات والنتاجات الموصوفة. ويتم الافتراض أن هذه التصويرات تنشأ من خلال الخبرات في تاريخ الحياة، ولكنها لا تؤثر على معالجة المعلومات إلا عندما يتم تنشيطها من خلال المواقف المرهقة. وهناك مفهوم قريب هو تلك الاعتقادات الرئيسية المختلة وظيفيا[1] (dysfunctional core beliefs)، التي يقصد بها القناعات الدائمة أو اعتقادات فرد ما ويمكن أن تعبر عن نفسها من خلال الأفكار الآلية. ويوجد تفصيل نظري وعملي لمفهوم التصويرة نجده في إطار علاج التصويرة الذي طوره يونغ وزملاءه (Young, Klosko & Weishaar, 2003). وعلى الرغم من دور التصويرة المهم في العلاج الاستعرافي والممارسة فقد تم انتقاد مفهوم التصويرة بأشكال مختلفة، وبشكل خاص بسبب تعريفه الغامض وما يرتبط بذلك من ضعف القابلية الإمبيريقية للاختبار (على سبيل المثال Teasdale & Barnard, 1993; Wells, 2000).

ولقياس التصويرات الاستعرافية المعطوبة (المختلة وظيفيا) تم تطوير عدد من الاستبيانات، من بينها على سبيل المثال مقياس الاتجاهات المعطوبة Dysfunctional Attitude Scale لبيك وبراووستير ووايسمان (Beck, Brwon, Steer & Weissman,1991; Germany Hautzinger, Luka & Trautmann, 1995) أو استخبار التصويرة ليونغ Young Schema Questionnaire (Young, Kloska & Weishaar, 2005). إلا أن قياس التصويرة عن طريق الاستبيانات يعد إشكاليا ذلك أنه لا يمكن الافتراض بأن كل مظاهر هذه

(1) يمكن تسميتها العاطلة أو المعطوبة.

البنية متيسرة للشعور (للإدراك) وغير قابلة لأن يتم التعبير عنها لفظيا من الفرد. ولهذا السبب تجري في إطار العلاج الاستعرافي محاولة اشتقاق التصويرات الاستعرافية أو القناعات الأساسية استقرائيا inductive من ملاحظات مختلفة، من عدد كبير من الأفكار الآلية المستقصاة أو أنماط السلوك وهنا يمكن للتحليل العمودي أن يكون مفيدا على سبيل المثال، الذي يحاول فيه المعالج انطلاقا من الأفكار الآلية عبر الاستقصاء العميق استخلاص القناعات الأساسية الكامنة خلفها (مثل: "لو كانت هذه الفكرة صحيحة، ما الذي قد يكون سيئا بالنسبة لك".، "ما هي الأفكار التي قد تخطر أيضا على بالك عندئذ؟"، "ما الذي قد يحصل بعد ذلك"؟") (قارن Beck et al., 1981; Leahy,2003). بالإضافة إلى ذلك يتم في إطار علاج التصويرة استخدام الأساليب غير اللفظية لتشخيص التصويرات الاستعرافية مثل تمارين التصور أو لعب الأدوار أو ملاحظات السلوك أو تحليل علاقة المعالج المتعالج على سبيل المثال (Young et al., 2003). ويسعى تحليل المخطط نحو هدف مشابه (قارن الفصل السادس من هذا الكتاب). ويمكننا بالإضافة إلى ذلك ووفقا لغرينبيرغ (Greenberg, 2004) تمييز الاستعرافات حسبما إذا كانت مشحونة قليلا أو كثيرا بالانفعالات أم مترافقة معها أم أنها تظهر كنتيجة لها (الاستعرافات الحارة مقابل الاستعرافات الباردة hot vs. cold Cognitions). وقد أشار باحثون مختلفون إلى أن الاستعرافات المرتبطة بالانفعالات القوية بشكل خاص تقدم لنا دلالات على البنى الاستعرافية المهمة كنماذج التصويرة على سبيل المثال (Power & Dagleish, 1997; Teasdale & Barnard, 1993). فبالنسبة إلى التشخيص العملي ينجم عن ذلك عند إعادة بناء التصويرات الاستعرافية بشكل خاص ضرورة الاستقصاء الأدق للنتاجات الاستعرافية المشحونة انفعاليا (الاستعرافات الحارة hot Cognitions)، ذلك أنه يمكن فهم هذه على أنها دلالة على التصويرات المركزية.

وأخيرا تمثل المادة التصويرية كمحتويات الذاكرة التخيلية أو المتذكرة على شكل صور على سبيل المثال، مادة خصبة للمشخص. فمن أجل الوصول من المادة

التصويرية إلى البنى الأعمق، يتم على سبيل المثال استخدام تحليلات محتوى التقارير اللفظية حول المتصور visualize واستبيانات حول القدرة على التصور وطرق ترابطية associative وتصويرية وتنويمية.

وقد تم استخدام غالبية الطرق الموصوفة حتى الآن في السياق العلاجي على الأساس الفردي، ولا توجد حتى الآن باستثناء الاستبيانات أية طريقة ذات قيمة سيكومترية مبرهنة لإعادة بناء التصويرة الاستعرافية.

4.2.2 الشبكات الترابطية

تمثل ما تسمى بالشبكات الدلالية نوعا خاصا من البنى الاستعرافية. وهنا يتم على سبيل المثال افتراض خبرات القلق المخزنة كعقد (كمقادير أو حصص proportion) في شبكة. وتنتج روابطها عن مبدأ الاحتمالات (التصادفية contingency) كما هو معروف من الإشراط التقليدي (قارن مثلا Bower, 1981; Lang & Cuthbert,1984). ويمكن لهذه العقد Knot أن تتضمن ثلاثة أنواع من المعلومات:

أ - سمات المثير المدرك في الموقف المعني (أفعى على سبيل المثال).

ب- معلومات حول برامج الاستجابة التي تتضح في السلوك القابل للملاحظة وفي الفيزيولوجيا النفسية في الموقف المعني (كالهرب، التنشيط الودي على سبيل المثال)،

ج- والمعنى المدرك للهدف ("الأفعى خطيرة" على سبيل المثال).

وفي مركز هذه الشبكات تقبع عقدة انفعالية (مولودة)، يتم إغناؤها باستمرار من خلال خبرات التعلم. فإذا ما تم تنشيط ارتباط في مثل هذه الشبكة من خلال عرض مثير ما، فإنه يتم تنشيط العقد الجارة أيضا. وكلما كانت الروابط المنشطة أقرب للعقدة الانفعالية المركزية، كانت عملية التنشيط والانتشار أقوى أو امتدت أوسع في الشبكة الدلالية. وقد تم استخدام مثل هذه النماذج بداية من أجل إعادة بناء بنى الخوف المركبة ولتبرير مبادئ العلاج مثل مبدأ المواجهة الشديدة بالمثير (Foa & Kozak, 1986).

وما زالت الشبكات حتى الآن تلعب دورا بشكل خاص في البحوث الأساسية base researches حول عمليات معالجة المعلومات في الاضطرابات النفسية. وقد تم اختبار الفرضيات المشتقة من نماذج الشبكات بالطرق التجريبية التي تم وصفها في فقرة العمليات الاستعرافية. وبالمقابل فقد ندر استخدام إعادة بناء الشبكات الترابطية في السياق الإكلينيكي. إلا أنه من حيث المبدأ من الممكن التفكير بطريقة يتم فيها جعل التصورات حول موضوع رهابي على سبيل المثال تتداعى بشكل حر (من خلال طريقة تسجيل الأفكار على سبيل المثال). ومن الممكن بعدئذ استنتاج القرب الترابطي مع العقد الانفعالية من التصورات المنتجة عفويا (بشكل حر) (على سبيل المثال بأن يفترض المرء بأن للفكرة المنتجة أولا القرب الانفعالي الأكبر بالموضوع المركزي) أو من خلال قيام المريض نفسه بتقديرها.

4.2.3 قياس البناءات الشخصية والنظريات الذاتية

تشمل مفاهيم البناءات الشخصية والنظريات الذاتية على مدخلين أساسيين للبنى الاستعرافية المعقدة. فكلا المفهومين يشتركان بأنهما يدركان الشخص على أنه عالم بسيط، يقوم بتنبؤات، ينظم تصرفاته على أساسها ويريد فهمها. وعلى أساس نظرية الشخصية لكيلي (Kelly, 1955)، يتم تحديد استعرافات مريض ما بمساعدة أحكام التشابه (المثيرات هي أشخاص على سبيل المثال). وبناء على ذلك يمكن إعادة بناء هذه الأحكام كأنماط تجعل من البنى الكامنة خلفها تبدو منتظمة أو مركزية أو قابلة للتأثير إلى حد ما. ومن أجل ذلك تم تطوير أداة تشخيصية، تسمى شبكة ذخيرة الدور Role Repertory Grid ظهر على أنها مهمة في كثير من الاستخدامات للتصنيف والتخطيط للعلاج وقياس المجرى في الاكتئابات واضطرابات القلق والفصامات ...الخ (Blowers & O‘Connor, 1996).

وتعد النظريات الذاتية أو نظريات الجمهور حول نشوء واستمرار الاضطرابات النفسية على سبيل المثال أكثر توظيفا بشكل جوهري. وتتجلى أهمية النظريات الذاتية بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بمقارنة نظريات المريض بنظريات المعالج. وتمتد

طرق إعادة بناء النظريات الذاتية من طرق الاستبيانات البسيطة وانتهاء بالتحليلات المعقدة للبنية. وتسأل الأساليب البسيطة عن أسباب المرض، بينما تقيس الطرق المعقدة كتقنية Structure-Lege-Technique (طريقة الحوار التأويلية dialogue-hermeneutic method) العلاقات السببية والنهائية finale والعزوية: فمثلا أمكن بمساعدة هذه التقنية إعادة بناء التصورات حول الحالات الاكتئابية، أو "الصحة"، أو "العافية"، حيث بدا الاكتئاب كنمط من الأعراض المختلفة (علاقة عزوية attributive Relationship) تم تسبيبه من خلال فقدان شخص (علاقة سببيةCausal Relationship) ومن خلاله أمكن الحصول على مساعدة الناس الآخرين (العلاقة النهائية Final Relationship).

4.2.4 ما وراء الاستعرافات (الاستعرافات العليا)

تطلق على محتويات المعرفة حول المعرفة أو المهارات أو إمكانات التعلم ما وراء الاستعراف [(1)] Meta Cognition (Flavell,1979) . وقد قام ويلز (Wells,2000) وليوتي واترسيالغلي (Liotti & Intreccialagli, 1998) بشكل خاص بتطبيق هذا التصور على المجال الإكلينيكي، وهم يميزون بين المعرفة ما وراء الاستعرافية Meta cognitive Knowledge والتنظيم ما وراء الاستعرافي وكذلك بين المظاهر الضمنية والصريحة. وما وراء الاستعرافات حسب وجهة نظر هؤلاء المنظرون مسؤولة عن توجيه العمليات الاستعرافية. وحسب ويلز (Wells,2000) فإن المرضى باضطراب القلق المعمم على سبيل المثال يمتلكون قناعات ما وراء استعرافية فيما يتعلق بهمومهم. وتشترك في نشوء الهموم المتطرفة واستمرارها قناعات إيجابية (مثل: "تساعدني الهموم في تجنب الأحداث السيئة") وقناعات سلبية معا (مثل: "عندما أبدأ بالهم فلا أعود أنتهي"). وحتى في علاج اضطرابات فرط النشاط ونقص الانتباه يلعب هذا التصور في بناء تنظيم السلوك الفعال وفي تنظيم السلوك الفيزيونفسي أيضا دورا مركزيا (Lauth & Schlottke, 2002).

---

(1) يفضل ترجمتها الاستعرافات العليا.

ففي إطار النموذج السلوكي- الفيزيونفسي لاضطرابات فرط النشاط ونقص الانتباه يتم التأكيد بشكل خاص على الوظائف الإجرائية (أو التنفيذية[1] executive) كمركبات ما وراء استعرافية في تنظيم التصرفات.

ولم يتم استخدام نموذج ما وراء المعرفة في التشكيل الماوراء معرفي للعلاج فحسب (Wells,2000)، وإنما تم كذلك تطوير أدوات تشخيصية لقياس ما وراء المعرفة. مثال ذلك استبيان ما وراء المعرفة Meta cognitions-Questionnaire الذي يقيس قناعات إيجابية وسلبية فيما يتعلق بضبط الهموم والمسؤولية ووعي الذات (Hoyer & Moebius, 2003).

4.2.5 معرفة التصرف والمركبات الدافعية للبنى الاستعرافية

حظي تمثيل[2] Representation التصرف التوجيهي والتقويمي كمخطط سابق بنية

(1) هي وظائف استعرافية عليا High Cognitive Functions تختلف عن الوظائف الحسية الأساسية أو عن الاستجابات الحركية والتصرفات الروتينية ويقصد بها الوظائف التي تبيح للشخص: القيام بنشاطات وتصرفات مستقلة ومقصودة وهادفة ومفيدة. وهي تشمل تلك المركبات السلوكية التي تمكن من التعبير عن السلوك وتنظيمه السلوك والاستمرار به وضبطه (التحكم به) وتعديله وتعد شرطا للتلاؤم السريع والناجح مع المواقف الجديدة وغير المتوقعة للمحيط المتغير. وتشكل أساس القيام بالعمل الصحيح في المواقف غير الروتينية، وبشكل خاص عندما لا يكون بالإمكان استدعاء معرفة للتصرف من ذخيرة السلوك. وبهذا فهي تساعد على جعل السلوك مثاليا Optimation . ومن الأمثلة عليها: كبح الاستجابات غير المناسبة والتخطيط للتصرف والتعامل مع المواقف الجديدة/ المركبة وحل المشكلات والانتباه الانتقائي وذاكرة العمل. (المترجم)

(2) التمثيل هو العملية التي يحل فيها شيء محل شيء آخر أو يرمز إليه كبديل. وعملية التمثيل قد تكون خريطة عقلية مباشرة لموضوع معين أو قد تكون رمزا (كودا Code) عقليا له في شكل صورة أو فكرة أو قد تكون عملية تجريد عقلية خالصة للخصائص المميزة له. فالتمثيل خاص بموضوع أو شيء أو واقعة محددة. وعملية التمثيل ربما تكون عملية انتقائية، فنحن لا نضع في التمثيل كل ما يتعلق بالشيء الأصلي. وتتحدد الانتقائية بالهدف من عملية التمثيل، أي بما سيفعله الإنسان بعد ذلك بالمادة التي احتفظ بها في هذا الشكل المنظم الذي يسمى التمثيل، والذي قد يكون صورة أو كلمة أو أشكالا رمزية أخرى مناسبة. والتمثيل هو العملية التي تصبح من خلالها المعرفة في متناول العقل والتي من خلالها تتكون كذلك الصور التي نفكر حولها أو من خلالها، وأن ما يتكون في العقل من معلومات يمكن تمثيله بطرائق عدو وفي أوقات مختلفة. ويختلف التمثيل عن التصويرة

استعرافية في التشخيص النفسي الإكلينيكي في سياق التحليل العمودي للسلوك أو تحليل الخطة بمكانة خاصة. لهذا فقد تم التطرق له في هذا الكتاب من كاسبار (في الفصل السادس من هذا الكتاب) رورله (الفصل الرابع من هذا الكتاب) بصورة مستقلة.

ويمكن قياس التوجهات طويلة الأمد كأهداف الحياة أو توجهات المعنى والقيم، من خلال استقصاء المجالات المهمة من الحياة كالمسؤولية أو الانضباط الذاتي (أي القدرة على النظر للنفس تأمليا) أو الأهداف الشخصية أو السياسية أو المهنية وتقدير قابليتها للتحقق. إلا أن هذه الطرق عموما لم يتم تجريبها على عينات إكلينيكية. بالمقابل فقد تم اختبار تحليل التوجهات المهمة بمعنى التصويرات الدافعية في المجال الإكلينيكي بالشكل الذي درسها فيه كل من غروسه هولفورت وغراوة (Grosse Holforth & Grawe,2004). فقد تم هنا قياس مجالات مهمة من الحياة كالحميمية أو الارتباط للتمييز بين المرضى والأصحاء ومن أجل التمكن في العلاج من تصميم العلاقة العلاجية واستغلال الموارد بالشكل الأمثل. ويمكن قياس عدم تحقيق الأهداف أو التحقيق غير الكافي لها بصورة مستقلة بمساعدة استبيان عدم الأصالة Incongruence Questionnaire (Grosse Holforth , Grawe & Tamcan, 2002)

ويصف تصور المشاريع الشخصية Concept of Personal Projects الذي طوره ليتل (Little, 1983) نوايا الأشخاص عبر مجالات زمنية متوسطة الأجل (أربع أسابيع مثلا). وتتصف المشاريع الشخصية حسب ليتل (كالاحتفاظ بالعمل مثلا) بأهداف

Schema في أن التمثيل يتضمن مشابهة مع عالم الواقع أكثر مما يتضمنه مفهوم التصويرة، فهو قريب إلى الخصائص الملموسة (وقد يكون رمزيا أيضا)، في حين أن التصويرة أكثر تجريدا وأكثر تصورية. وفي حين أن التمثيل يتعلق بموضوع أو شيء أو واقعة فإن التصويرة تتعلق بسلسلة من الموضوعات أو الأشياء أو الوقائع أو السلوكيات التي ينتظمها قانون واحد أو بنية أساسية واحدة والتي يمكن التغيير منها والتحويل إليها. (شاكر عبد الحميد، 2004: عصر الصورة، سلسلة عالم المعرفة 311).

محددة وأشكال من التصرف (كالأهمية، درجة الإرهاق أو الضغط، منظور النجاح.. الخ). إنها تشمل مراحل تحضيرية وتنفيذية وختامية. ومن أجل قياس المشاريع يتم بداية عرض أمثلة مختلفة الأنواع على المريض (كإنهاء مقال أو إنقاص 5 كغم من الوزن). وبعد ذلك يتم بناء قائمة من المشاريع الشخصية الراهنة للمريض. وأخيرا يتم ترتيب الأهداف بناء على محكات ذاتية، حسب الأهمية والمتعة والصعوبة...الخ أو يتم ربطها في علاقة ببعضها البعض، من أجل اختبار التبعية dependence والصراعات الممكنة. وقد أمكن بهذه الطريقة التمييز بين الأشخاص الأصحاء والمكتئبين والتنبؤ بالحالات الاكتئابية في سياق المعابر الحياتية المهمة (على سبيل المثال ,Nurmi & Salamela 2002). وربما تكمن القيمة العلاجية لهذه الطريقة بشكل خاص في إيجاد أرضية دقيقة لتخطيط النشاطات التي تلعب دورا أساسيا في الاكتئابات بشكل خاص. وبشكل عام ربما يمكن أن تكون هذه الأرضية مثمرة عندما يكون لابد من تعديل عادات الحياة أو نقل الأهداف طويلة الأمد على مستوى المشاريع القابلة للتنفيذ إلى المجال الأقرب للمتوسط الأجل.

ومقارنة مع طريقة المشاريع الشخصية فإن طريقة استقصاء الهموم الحالية current concerns لبارتا وماكسينر (Barta & Maxeiner, 1981) تقوم أكثر على المجال القريب مباشرة للتصرف. بالإضافة إلى ذلك فإن تصور الهموم الحالية Current Concerns بوصفه تصورا انفعاليا يتجه بشكل أقوى نحو الأسس الدافعية للتصرف والاستعراف. ولاستقصاء الهموم الحالية تم تطوير أدوات مختلفة، على سبيل المثال استبيان يتم فيه بداية تسجيل الأمور التي فكر فيها الشخص المعني في اليوم ذاته أو في اليوم السابق مباشرة. ثم يتم ترتيب هذه الهموم بالتسلسل حسب تكرارها أو تقديرها حسب سمات كتوقع النجاح أو التكافؤ valence. والمقياس موثوق بشكل مقبول من ناحية نظرية القياس. بالإضافة إلى ذلك تستقصي أداة مقابلة الهم اللحظي في مجالات حياتية مهمة كالأسرة والحب والصداقة والعمل؛ ويمكن كذلك أن يتم الحكم على هذه الهموم

(المشاغل) من خلال المحكات المذكورة. وقد أثبت هذا الأسلوب فائدته في استقصاء توجهات التصرف في الاكتئابات ولدى الأشخاص الذين يميلون لسوء استخدام العقاقير. وعلى عكس تصور المشاريع الشخصية فقد برهن تصور الهموم الحالية صلاحيته الإمبيريقية كأساس للتدخلات في إطار ما يسمى الإرشاد الدافعي المنظومي systematic Motivational Counseling (Cox & Klinger, 2002; Cox et al., 2003) .

4.3 تقويم طرق إعادة إنتاج البنى الاستعرافية

يوضح العرض التوضيحي لطرق إعادة بناء البنى الاستعرافية بأنها مرتبطة بشدة بالنماذج النظرية الكامنة خلفها. ومن هنا فإنه فيما يتعلق باختيار الطرق لأغراض البحث أو للأغراض الأخرى لابد دائما من توضيح الخلفية النظرية. وبما أن الموضوع في البنى الاستعرافية مرتبط ببنى فرضية من ناحية، ومن ناحية أخرى بمبادئ أو أنماط فوقية من معالجة المعلومات فإنها لا تقاس بمقاييس Indicators بسيطة وعلى عكس النتاجات الاستعرافية، وإنما لابد من استخلاصها في الغالب من عدد كبير من الملاحظات. لهذا السبب فإن عدد من الطرق الموصوفة قائم على الفرد وحتى الآن لم يتم تعييرها بشكل كبير، مثل الاستراتيجيات المستخدمة في علم النفس الإكلينيكي لإعادة بناء التصويرات الاستعرافية على سبيل المثال . بالمقابل هناك أساليب استبيانيه موثوقة سيكومتريا بشكل أفضل إلا أن تركيزها ينصب في قياس البنى الاستعرافية على ظواهر التقرير الذاتي والظواهر الشعورية. ومن هنا يبدو من الضروري مواصلة تطوير وتعيير واختبار الطرق المعروضة حول إعادة بماء البنى الاستعرافية بشكل أقوى.

4.4 إعادة بناء البنى الاستعرافية في الممارسة الإكلينيكية النفسية

يمكن استخدام غالبية الطرق المعروضة في هذه الفقرة حول إعادة بناء البنى الاستعرافية بصورة مثمرة في إطار التشخيص النفسي الإكلينيكي.

وكما عرضنا سابقا يتعلق اختيار الطرق النوعية بنموذج الاضطراب والتعديل

الذي يقوم عليه العلاج. ففي العلاج الاستعرافي لبيك وزملاءه (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) وعلاج التصويرة ليونغ وآخرين (Young et al., 2003) يعد تحديد وتعديل التصويرة الاستعرافية هدفا مركزيا. ويمكن استنتاجها من عدد كبير من الملاحظات، على سبيل المثال فيما يتعلق بالأفكار الآلية السلبية أو فيما يتعلق بسلوك التفاعل. ويمكن أن تعطي على سبيل المثال ملاحظة أنماط الاستراتيجيات الاستعرافية أو السلوكية المعطوبة (المختلة وظيفيا) بالتوليف مع مقياس ما وراء الاستعرافات (Hoyer & Moebios, 2003) دلائل على القناعات أو الاستراتيجيات ما وراء الاستعرافية. بالمقابل يمكن الاسترشاد بنموذج شبكات الخوف في علاج الرهابات (Foa & Kozak,1986). وطبقا لذلك فقد يتمثل الهدف التشخيصي، في تحليل الكثير من السمات قدر الإمكان للمثيرات المتمثلة في بنية الخوف (أي، سمات الموقف المعاشة على أنها مهددة) والاستجابات (كالخوف، الميول السلوكية على سبيل المثال) والتقويمات (كالمخاوف المركزية على سبيل المثال) التي تمتد لأبعد من مجرد الموقف الملموس. كذلك يمكن من هذا النموذج اشتقاق مؤشرات للتمثل الناجح (التوتر الانفعالي العالي كإشارة إلى تنشيط بنية الخوف، الاعتياد الفيزيولوجي على سبيل المثال)، التي يمكن استنتاجها في مجرى العلاج. وإضافة إلى الأساليب المشتقة من النموذج المعني للاضطراب يمكن أخذ طرق أخرى بعين الاعتبار، ندر استخدامها في علم النفس الإكلينيكي حتى الآن، والتي يمكن توقع الحصول منها على دلالات قيمة لرفع الدافعية للعلاج أو لتخطيط العلاج، مثل قياس النظريات الذاتية.

مثال حالة 3:

في اختيار الطرق الملائمة للتشخيص الاستعرافي للسيدة كريمة استرشدت المعالجة بداية بالنموذج الاستعرافي لبيك وزملاءه. ولتوليد فرضيات حول التصويرة الاستعرافية الكامنة خلف الاكتئاب طلبت من المريضة الإجابة عن مقياس الاتجاهات المعطوبة (المختلة وظيفيا) (Hautzinger et al., 1985) . بالإضافة إلى ذلك استخدمت

بالحديث مع المتعالجة مبدأ التحليل العمودي للوصول من الأفكار الآلية السلبية إلى القناعات الأساسية الكامنة خلفها. وقد ظهر بأن الكثير من الأفكار السلبية التي تعيشها السيدة كريمة حول موضوع الترك والشك في كونها جديرة بالحب. وتحولت هذه القناعة الأساسية بأنها غير جديرة بالحب إلى موضوع مركزي في العلاج.

ومن أجل استقصاء الأسس الاستعرافية العليا (ماوراء الاستعراف) للانشغال المفرط طلبت المعالجة من السيدة كريمة تعبئة استبيان ما وراء الاستعراف (Hoy & Moebius,2003). وقد أظهر هذا الاستبيان أن السيدة كريمة لديها مجموعة من القناعات الإيجابية فيما يتعلق بالانشغال الفكري، مثل فرضية أن الانشغال الفكري يساعدها على مواجهة الانفصال عن شريكها بشكل أفضل . ومن ناحية أخرى ظهرت كذلك قناعات سلبية قوية فيما يتعلق بالانشغال الفكري، على سبيل المثال بأنها لا تستطيع السيطرة على الانشغال. فأجرت المعالجة مع السيدة كريمة تجارب سلوكية لاختبار هذه القناعات بمعنى العلاج ماوراء الاستعرافي.

في النظرية الذاتية للسيدة كريمة حول نشوء الاضطراب احتلت في بداية العلاج مركز الصدارة القناعة بأن الحالات الاكتئابية ومن ثم أيضا الانشغال الفكري يرجع بشدة لسبب عضوي ومن ثم لا يمكن التأثير به نفسيا. فأخذت المعالجة النظرية الذاتية للسيدة كريمة بعين الاعتبار وذلك من خلال إدخالها عامل الاستعداد البيولوجي المسبق لتطور الاكتئاب كعامل أساسي في النموذج الفردي للاضطراب. فقدم هذا في الوقت نفسه مبررا للعلاج الدوائي بالإضافة إلى المعالجة العلاجية النفسية psychotherapeutically Treatment. وعدا عن ذلك عالجت المعالجة بالتعاون مع السيدة كريمة بمساعدة الحوار السقراطي وتجارب السلوك أهمية العوامل الاجتماعية النفسية (كالانفصال ونقص الدعم الاجتماعي على سبيل المثال) والنفسية (الانشغال الفكري، الأفكار الآلية السلبية، نقص النشاطات الإيجابية على سبيل المثال) في المحافظة على استمرارية الأعراض الاكتئابية. وانبثقت عن ذلك إجراءات علاجية نفسية ملموسة مثل بناء النشاطات أو إعادة البناء الاستعرافي. ومن خلال دمج النظرية الذاتية للسيدة

كريمة في نموذج الاضطراب الفردي الموجه للعلاج ارتفع تقبل المريضة لمثل هذه الإجراءات العلاجية النفسية التي كانت رافضة لها جدا في بداية العلاج.

يضاف إلى ذلك أن مجال نشاطات السيدة كريمة كان مقيدا بشدة. فقد كان اهتمامها المفضل بأنه لا يهتم بها أحد؛ وأهملت اهتماماتها الأخرى التي كانت تمتلكها في الماضي بشدة. وعن السؤال عن ما هي المشاريع التي تسعى إليها في الوقت الراهن ذكرت تكرار زيارات أمها على الرغم من أنها تقدر هذه الاتصالات بأنها مرهقة وغير موفقة كثيرا. وقد تم استغلال تصور المخططات الشخصية علاجيا بحيث تم تغيير النوايا القائمة في نوعيتها، وذلك من خلال التأكيد على المظاهر الإيجابية (الطريق إلى الأم على أنه مريح، وبعض مظاهر الزيارة على أنها مخففة من العبء على سبيل المثال) وبهذا تم تعديل التقويم. ومن خلال الربط مع النشاطات القديمة المحببة في الوقت نفسه، أمكن توليد النشاطات والتخطيط لمشاريع جديدة.

5. مناقشة ومراجعة ختامية

قاد البحث لأكثر من عشرين سنة حول التشخيص الاستعرافي مع تطوير واختبار وتحسين الطرق التشخيصية إلى تقدم جوهري في النظرية الاستعرافية والبحث والعلاج. وفي هذه الأثناء يتوفر تنوع كبير من المداخل الطرائقية والأساليب التشخيصية للظواهر الاستعرافية. وتركز المبادئ المختلفة على أفكار تيار الوعي المتيسرة للاستبطان أو على البنى العميقة غير المتيسرة للوعي أو على مظاهر عملية معالجة المعلومات أو كلها معا.

ويتميز التشخيص الاستعرافي بأنه يقدم طرقا تتيح فحص الاستعرافات سواء ضمن شروط مضبوطة أم في الأطر الطبيعية. وقد جعلته مرونة طرقه جذابا للاستخدام في الممارسة النفسية الإكلينيكية. وفي حين أنه قد تم برهان النوعية السيكومترية لأساليب الاستبيانات مرارا إلا أن هذه النوعية تحتاج إلى مزيد من التوضيح في طرق الإنتاج

والتنظيم التجريبي والأساليب الفردية لإعادة إنتاج البنى الاستعرافية. ومن المؤكد أن تركيز طرق التشخيص الاستعرافي على التقارير الذاتية لا تبعث على الرضا. ومن هنا فإن توجه التشخيص الاستعرافي نحو البحث النفسي الاستعرافي الراهن والاستغلال التشخيصي المقوى للنماذج النفسية الاستعرافية cognition psychological Paradigms هو أمر مرغوب (قارن Neufeld,2002). بالإضافة إلى ذلك فإنه لابد من دمج المبادئ الاستعرافية والبين شخصية والبيوعصبية على شكل إجراء متعدد الأبعاد. كما تعد ذات أهمية المبادئ التي تبحث البنى العميقة للوعي وإقامة علاقات بين البنى الاستعرافية والعمليات والنتاجات، التي تقيس الأهمية الخاصية[1] idiosyncrasy للاستعرافات وتراعي الانتباه القبلي pre-attentive أو الاستعراف القبلي Pre-cognition (قارن Greenberg, 2002;2004).

(1) استعداد أو خاصية معينة في المزاج أو البنية التي تجعل الفرد حساسا لشيء ما.

صفحة زوجية فارغة

6- تحليل الخطة

فرانس كاسبار Franz Caspar

1. الأسس العامة والتوجهات

نشأ تحليل الخطة Plan Analysis بالأصل كمحاولة للتغلب على التقييد في المبدأ التعلمي النظري- العلاجي السلوكي. ويقوم مفهوم "التحليل العمودي للسلوك Vertical Behavior Analysis الذي استخدمه في البداية غراوة (Grawe & Diziewas, 1978) إلى جانب الربط بين المثير-الاستجابة-العاقبة..الخ في الزمن ("التحليل الأفقي للسلوك horizontal Behavior analysis) على محاولة قياس "البناء الفوقي" الدافعي بشكل أكثر تمايزا أيضا. وكان الباعث على ذلك هو الحاجة إلى الموائمة مع المرضى الذين كانوا "صعبين" على مستوى العلاقة. فهؤلاء ربما يتم إعطاء القسم الأكبر اليوم منهم تشخيص اضطرابات الشخصية. لهذا كان لابد من التفهم التفريقي لما يدفعهم إلى سلوكهم المشكل في العلاقة العلاجية وبالاسم في المجموعة العلاجية.

فقد بدا لغراوة Grawe أنه من المنطقي أن يبني أفكاره الإكلينيكية على مفهوم ميللروغالانتر وبربارم (Miller, Galanter & Pribarm, 1960): "الخطط وبنية السلوك Plan and the Structure of Behavior"، الذين اهتموا كذلك في علم نفس الأسس بتجاوز السلوكية وطوروا من أجل ذلك مفهوم (الاختبار-العملية-الاختبار-الخروج Test-Operate-Test-Exit) اختصارا "TOTE-Concept". ووفقا لهذا التصور فإن الإنسان يتصرف بشكل شعوري أو لا شعوري (على الأغلب) بحيث يستخدم وسائل (عمليات Operations) لتحقيق هدفه، ويختبر بين الحين والآخر هنا إلى أي مدى حقق هدفه أو إلى أي مدى تتوفر الشروط من أجل الأفعال أو التصرفات المطابقة. ولا يحتل المظهر التتابعي sequential aspect (المجريات عبر الوقت) في تحليل الخطة في البداية مركز الصدارة، وإنما المظهر الهرمي. ففي المفهوم الأصلي لميللر و غالانتروبربارم كان مخططا، بأن الخطط مركبة هرميا: فالخطط الدنيا ليست غاية بحد ذاتها، فهي تخدم في هرمية أداتية [وسيلية] الخطط الفوقية، وهذه تمتلك بالعكس خططا أدنى كمركبات عملياتية. وتطلق على مجموع الخطط المتراتبة هرميا بهذا الشكل بنية الخطة Plan Structure وتشمل في النهاية كل الأهداف المهمة (التي تتطابق على أعلى المستويات مع الحاجات الأساسية الإنسانية) وكذلك على كل الوسائل الشعورية واللاشعورية التي يستطيع الإنسان استخدامها لتحقيها.

المهم هو أن الخطط تتكون بالتحديد من مركبات الهدف والتصرف. ويتفق الاهتمام الشديد بالمركبات الإجرائية - إي السلوك في النهاية- في تحليل الخطة الإكلينيكي مع التقاليد العلاجية السلوكية الجيدة. لهذا فإن التأكيد الأحادي الجانب للمظهر الاستعرافي يعد خطأً. ولكن من ناحية أخرى فإن الدوافع والصراعات الدافعية أيضا - وهي تعد تقليديا ميدان المبادئ السيكو ديناميكية- مشغول عليها بشكل جيد. فمع التأكيد على الدوافع - وهو موضوع كان مهما في الوقت الذي وسعت فيه نظرية التصرف النظرة (الفعل Action-Theory) في كثير من مجالات علم النفس- حصل أيضا تحول قوي نحو الشخص الفاعل (بدلا من الشخص المستجيب).

وبالتدريج تمت معالجة وإضافة مفاهيم لتشمل ظواهر لم تراع بشكل جيد، ولكنها تبدو مهمة (بالتحديد الانفعالات، نشوء الاضطرابات النفسية).

ومع الاستناد الذي يمتد في الوقت الراهن إلى أبعد من علوم الأسس لميللر وغالانتر وبيربرام والتطابق مع سمات المبادئ المختلفة يمكن في هذه الأثناء النظر لتحليل الخطة، كما يؤكد غولدفريد Goldfried في تقديمه لكاسبار(Caspar,1996) على أنه مبدأ عابر للمدارس العلاجية لإنجاز مفاهيم الحالة الموجهة للتصرف العلاجي، الفردي. فهو يوحد كثير من القوى في ذاته وينسجم كذلك مع المفاهيم النظرية التي تم تطويرها أو اشتهرت بعد بداياته. ومع مراعاته القوية لفائدة ("بقاء[1]") التصرف فإن تحليل الخطة يناسب مبدأ علم النفس التطوري [2] (Buss,2004). وينسجم توجيه التصرف اللاشعوري إلى حد كبير الموجه بمبدأ استجابات التوتر تحت تأثير الضمن نفسي [الداخلي] [3] بشكل جيد مع معالجة المعلومات دون الرمزية[4] الموازية للمبادئ الترابطية[5] (Caspar & Segal, 1992). إن مشاركة عمليات التوجيه التقليدية بمعنى نموذج الاختبار- العملية- الاختبار-الخروج Test-Operate-Test-Exit) لميللروغالانتر وبريبارم (1960) أو مساهمات التنظيم الذاتي تتناسب بشكل جيد مع مبدأ توجيه التصرف الفردي لكارفر وشاير (2002)، ويمكن إكمال القائمة إلى ما لانهاية. إلا أن المبدأ في الوقت نفسه قد ظل "نحيفا" في السعي للتخلي عن الفرضيات والمبادئ غير الضرورية. وكان من سلبيات ذلك أن تحليل الخطة ليس مفهوما علاجيا نفسيا شاملا - إنه يحتاج بشكل خاص إلى معارف إجرائية علاجية نفسية إضافية - ولكنه يتميز بأنه ينسجم مع المبادئ التشخيصية والعلاجية المختلفة.

---

(1) survive

(2) evolutionary Psychology

(3) Intra psychic

(4) sub symbolic

(5) connectionalistic

2. التعريفات والمفاهيم المركزية

2.1 الخطط وتوجيه السلوك والخبرة

تحليل الخطة: التعريف والمفاهيم الأساسية

العناصر أو المركبات Components (التزاما بتعريف ميللروغالاندر وبريبارم، 1960): عي عناصر أو مركبات الهدف (الغرض) وعناصر أو مركبات إجرائية (وسائل).

الوعي: ليس شرطا، فجزء كبير من توجيه السلوك والخبرة يجري من دون وعي. التمثيلات الشعورية لأجزاء من الاشتغال الذاتي Functioning هي هنا نتاج خاص؛ يميز (غراوة، 1986) بين "مفهوم الذات[1]" (أي التمثيل الواعي) و"الذات الناظمة[2]" (التي تحدد "بالفعل" الاشتغال بشكل منحرف إلى حد ما عن مفهوم الذات). ويمكن بناء الخطط بشكل شعوري، وهو ما يتطابق بالصورة الأقرب مع الدلالة العامية للمنطق/ الهادف.، غير أنها يمكن أن تنشأ لاشعوريا عندما تسهم ذاتيا وموضوعيا في عمل (شغل) أفضل.

الفائدة: يمكن أن تكون موجودة موضوعيا أو شخصيا أو كليهما. والمثال للفائدة الشخصية التباهي الأخرق Ungainly bragging، على أمل إيجاد معجبا في يوم من الأيام، والذي تتم ممارسته بإصرار مثير للاستغراب أحيانا، حتى وإن غاب التعزيز. ومن الأمثلة على الفائدة الموضوعية (على الأقل على المدى القصير) من دون تمثيل ذاتي هو التجاهل الانتقائي للسلوكات أو السمات التي لا تتناسب مع مفهوم الذات (الكذب، التصرفات الأنانية،...).

---

(1) فكرتي عن نفسي.

(2) المحدد الفعلي لفكرتي عن نفسي.

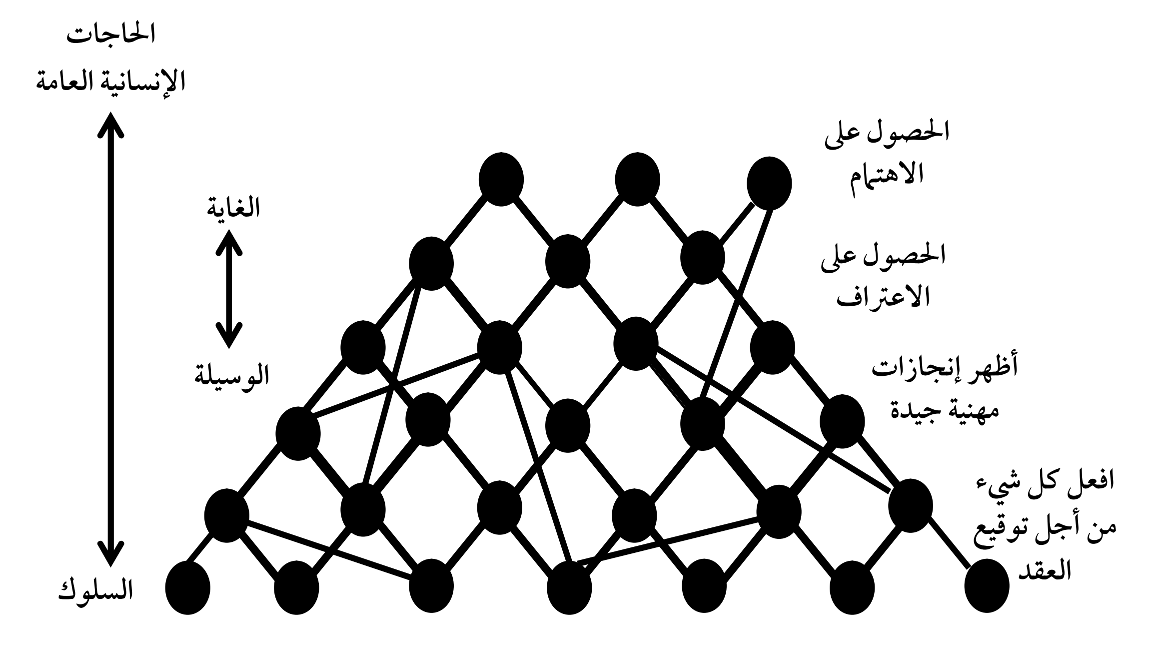
البين شخصي مقابل الضمني Interpersonal Intrapsychical: الدوافع كالوسائل يمكن أن تكون بين شخصية أو ضمن نفسية [داخلية]أو كليهما وغالبا ما يكون هذا متشابكا مع بعضه بشدة. ويعد التباهي الأخرق (قارن أعلاه) في الوقت نفسه مثالا على السلوك البين شخصي الوسيلي، والتجاهل الانتقائي مثالا عن السلوك الضمن نفسي [الداخلي] الوسيلي. فعلى عكس نظرية التعلم التقليدية يشمل تحليل الخطة كليهما. فالخطط المركزية تحتوي على كليهما، ليس مجرد إلى جانب بعضهما، وإنما هما متشابكان معا بشدة. وبالطبع فإن العلاقة الثنائية على سبيل المثال تتضمن بالدرجة الأولى سلوكا بين شخصيا أو خططا دنيا، لتأسيس علاقة ثنائية بطريقة معينة والحفاظ عليها. ولكن من دون شك لها أيضا وظائف بالنسبة إلى التنظيم النفسي، على سبيل المثال بالتمكن من خلال العلاقة من إيجاد (شريكة معجبة،...) بطريقة معينة، بإحداث انفعالات محددة (الرضا، التفاؤل، الأمان،...) وتجنب أخرى (العجز، عدم الأمان، الوحدة،...). وكذلك أيضا المخططات الدنيا/ أنماط السلوك البين نفسية، على سبيل المثال الإدراك الشعوري (نقاط قوة الشريك) الذاتية، وتعمية مظاهر أخرى (نقاط ضعف الشريك، تقبل التقييدات) هي شرط لنجاح العلاقة الثنائية.

الهرمية hierarchy: في الأسفل الوسائل، في الأعلى الأهداف أو الدوافع. وهنا يحصل تركيب هرمي. ويعرض الشكل (1) "الحصول على الاعتراف" منظورا إليه من الأعلى وسيلة للحصول على الاهتمام، ومنظورا إليها من الأسفل دافعا لإظهار الإنجاز المهني الجيد. أما محك الهرمية فهو النفعيةInstrumentally بشكل قاطع. وللأعلى تصبح المخططات أيضا أكثر تجريدا بطريقة ما، إلا أن هذا ليس هو المحك الأساسي. كما أن الخطط القائمة في الأسفل جدا ليست أكثر أهمية: من حيث أنها تصبح لدى جميع الناس أكثر تشابها، كلما اقترب الإنسان من الحاجات أكثر، حتى أنها لا تحتوي على معلومات كثيرة وهي مهمة عياديا كخطط على المستوى المتوسط والأدنى.

بنية الخطة Plan Structure: مجموع الاستراتيجيات الأداتية [الوسيلية] من أعلى

الدوافع (=الحاجات) وانتهاء بالوسائل الملموسة المستخدمة. وكذلك العلاقات بالنسبة إلى العرض ثنائي البعد للخطط المستخلصة فرضيا، التي يحصل فيها في الغالب تقليص على الأهم لصالح الوضوح (الإحاطة الواضحة). والمميز هو التفرعات نحو الأعلى والأسفل (قارن النص)

مثال:



الشكل (1): عرض تخطيطي لبنية خطة. العناصر مرتبطة بخطوط بسيطة، تمتلك أهمية أدواتيه : في الأعلى تكمن الغايات (=مركبات هدف الخطة)، في الأسفل الوسائل. على الرغم من أن الخطة تحتوي "كلقب أو كتوضيح" على تسمية لمركبات هدفها، إلا أن الوسائل هي بالضبط مكون إلزامي لكل خطة. من خلال بساطة الفرز تكتسب بنى الخطة (مقارنة بشبكة دلالية مع معنى لفظي لخطوط الربط على سبيل المثال) الشفافية.

المميز في بنية الخطة التشعب للأعلى، التي تعبر عما يسمى "الحتمية المضاعفة": فالناس يصممون تصرفاتهم بشكل هادف بحيث لا يخدم تصرف ما غرضا واحدا، وإنما يراعي في الوقت نفسه الكثير من الخطط. وغالبا ما يخدم سلوك ما كوسيلة غاية سائدة، في حين تتحدد طريقة السلوك بخطط أخرى،، مثال ذلك: يمكن للسيارة أن تخدم غاية أن يتنقل المرء بسرعة، في حين أن اختيار نوع السيارة وأسلوب القيادة يراعي أهدافا أخرى مثل التباهي، الاستمتاع بالقيادة، نقل مواد أو أشخاص كثر أو الحفاظ على البيئة. ومرضيا يمكن أن يكون كلا المتطرفين، أن يجعل الإنسان نفسه ينساق وراء هدف وحيد (كالممارسة الجنسية غير المحمية، فقط من أجل إرضاء شريك جديد، تحت إهمال الهدف، بالبقاء سليما)، وكذلك، تلبية باستمرار كل الأهداف والمطالب (على سبيل المثال عدم القدرة العصابية على التباحث عموما، عندما لا يكون بالإمكان تحقيق حل وسط مثالي خال من التوتر على كافة الجهات).

المميز كذلك التشعب نحو الأسفل: إنه يصف، أنه بالنسبة إلى خطط مهمة بشكل خاص تتوفر عدة خطط دنيا وأساليب كوسائل وهذه لابد أن تتوفر أيضا: فغالبا لا يمكن تحقيق هدف ما إلا عندما تتداخل عدة أفعال أداتية [وسيلية] مع بعضها وتكمل بعضها (قلما يكفي تقديم باقة ورد، لأسر قلب المحبوبة، فعلى المرء أن يكون قادرا على أن يكون خفيف الظل وأن يبتسم متوددا...الخ)، وبالإضافة إلى ذلك لابد من توفر بدائل ممكنة لإشباع دوافع مهمة. "فإذا ما قام دافع مهم على قدم واحدة فقط" فإنه سيكون مهددا بشكل مباشر، إذا ما كانت تنقصه الوسيلة. فالرجال الذين يستمدون الإمداد المادي والمعنوي والعلاقات الاجتماعية من العمل "فقط"، غالبا ما يتحولون إلى مرضى للعلاج النفسي، عندما يفقدون عملهم؛ وعندئذ تكون إحدى المهمات الأساسية للعلاج هي بناء بدائل. وما يشبه ذلك الأم المضحية التي تتعلق لديها العلاقات الاجتماعية والمعنى..الخ بهذا الدور، عندما يكبر الأولاد وينتقلون (متلازمة العش الخالي empty nest syndrome "، وربما يكونوا جاحدين أو لا يتطابقون مع المثل، الذي ربما كان من المفترض أن تجدي تضحية السنوات الطويلة في سبيله.

ويعد السلوك غير اللفظي (بما في ذلك السلوك شبه اللفظي Para verbal Behavior) أساسيا بالنسبة إلى تحليل الخطة. فهو غالبا ما يستخدم بشكل غير مصفى وغير مضبوط أكثر من السلوك اللفظي، من أجل تحقيق تأثير محدد. وغالبا أكثر فاعلية من السلوك اللفظي، لأن الاستجابة العطوفة على البكاء أو على وضعية منحنية، مشحونة بالمعاناة تحدث بشكل أكثر عفوية وأقل تفكرا وأكثر صدقا، مما لو طلب شخص ما بشكل لفظي/ صريح العطف على سبيل المثال. وبما أنه أقل وضوحا (تناظري، غير "رقمي" مثل التواصل المضموني الصريح)، فإنه يمكن أيضا استخدامه من أجل استقصاء استعداد الآخر للاستجابة، من دون أن يضطر المرء إلى التدخل بذلك.

في بداية العلاج يسعى المرضى في العادة بشكل قوي جدا بكل الوسائل المتاحة إلى جعل المعالج يتخذ وضعية تفاعلية يتمنونها (العطف، الاعتراف، الاستعداد الكامل، التصرف الحذر، الكثير أو القليل من القرب...الخ). وكلما كان مخطط المريض أهم كلما قل احتمال ألا يترك أثرا في السلوك. فإذا ما راقب المرء بدقة وفسر بشكل مفيد، يستطيع المرء ثانية تصفية "قواعد البنية"، التي تدخل في توليفة (تركيبة) سلوك المريض، ويضيفها إلى بنية المخطط المستخلصة كمخططات فرضية.

وكذلك العناصر التي لا ينظر لها في المبادئ الأخرى بشكل أولي من المنظور الأداتي، يتم ترتيبها وفقا لذلك في تحليل الخطة واستخدامها. "فالأفكار اللاعقلانية" هي على سبيل المثال مقدمات منطقية (شروط استعرافية) لتطوير خطط معينة. فالفكرة غير المنطقية، المتمثلة في أن يكون الإنسان كاملا، هي على سبيل المثال شرط لتطوير خطة أداتية [وسيلية] "كن كاملا". ويرجح المنظور الأداتي، إلى عدم إعلان أن الفكرة ببساطة غير منطقية ومن ثم السعي بعد ذلك لبذل كل الجهد من أجل "طردها". بل يتم السؤال عن ما هو الغرض من أن يكون المرء كاملا وما هي الوسائل المستخدمة من أجل ذلك. ومن الممكن لهذا أن يختلف من مريض لآخر وأن تكون له عواقب على التخطيط للعلاج. فإذا كان مريض ما مقتنعا بأن عليه أن يكون كاملا كي يتم قبوله من

الآخرين، فلن يتخلى عن الاستراتيجيات الشعورية وغير الشعورية الخادمة لهذا الغرض، قبل أن يمتلك بدائل عن كماليته أو حتى يقنع نفسه، بسبب المحاولات الموجهة علاجيا، بأن الفرضية خطأ. وفيما إذا كان الإصلاح العلاجي للكمالية مهما وإلى أي مدى، فإن هذا يتعلق بالتكاليف والتأثيرات الجانبية للاستراتيجيات المستخدمة لهذا. هل يستمر مريض بالقلب باستخدام استراتيجية كمالية ويخاطر بحياته بهذا؟ أم أن الأمر يتعلق بمساع، على الرغم من أنها تبدو للخارج مبالغا بها، ولكنها ليست ضارة بالفعل وربما تقود المريض من زوايا متعددة إلى أمانة إيجابية بشكل خاص؟ أيمكن أن يكون للكمالية بوصفها التمسك بمعايير جامدة وظيفة الإلهاء عن أن المريض لم يعد منذ أمد بعيد يتصرف انسجاما مع "حاجاته الحقيقية" ...الخ.

وكذلك الإعزاءات (من هو المذنب أو عن أي شيء مسؤول)، هي من ناحية مقدمات منطقية لبناء الخطط، إلا أنه يمكنها من ناحية أخرى أن تمتلك نفسها وظيفة أداتية [وسيلية] (التبرز[1] externalize، من أجل تحرير النفس من ضغط التعديل ومن أجل الشعور بشكل أفضل؛ بتحمل الذنب بشكل مفرط، من أجل تحريك الآخرين لوضع الأمر في نصابه والتهدئة..الخ). فإذا ما اعتاد المرء أخذ المنظور الأداتي بمعنى تحليل الخطة، فإنه لن يعود قادرا على الإطلاق تصور كيف يستطيع التعامل مع الظواهر الاستعرافية الشاذة بصورة مقبولة تشخيصيا وعلاجيا، من دون ترتيبها أداتيا.

3. استخلاص الخطط

ليس من الممكن تقديم عرض تفصيلي لاستخلاص الخطط - حتى كإرشادات عمل كافية- في المكان المخصص لهذا الموضوع هنا، لهذا يمكن الرجوع إلى كاسبار (Caspar,2007). إلا أنه يمكننا هنا عرض أهم المبادئ.

---

(1) التبريز: اختراع تفسير يبرر فيه الإخفاق.

فتحليل الخطة ليس سوى نوعا منهجيا للتساؤل انطلاقا من المنظور الأدواتي، ما هي الغاية التي يفعل من أجلها شخص ما شيئا ما، ما هي الدوافع التي يخدمها تصرف ما ملموس، أو التساؤل بالعكس ("من الأعلى")، ما هي الوسائل التي يستخدمها من أجل هدف مهم. وتمثل في العادة ملاحظة سلوك المريض في الموقف العلاجي نقطة الانطلاق. ما هو الملفت للنظر؟ ما الذي يمكن اعتباره أدواتيا في السلوك الملفت للنظر باعتباره خادما شعوريا أو لاشعوريا لهدف ما؟ إلى أي سلوك يريد المتعالج أن يدفعني، كمعالج، إلى ماذا يريد أن يدفع الآخرين؟ ما هي الصورة التي يريد خلقها لنفسه تجاه نفسه والآخرين ويحتفظ بها؟ ما هي المشاعر التي يستثيرها بي؟ ما الذي يريد منعه في كل الأحوال؟. ويمكن لهذه الأسئلة المساعدة في التعرف على الخطط بشكل فرضي.

يستطيع المعالج أن يلاحظ بشكل حي في الجلسة، ويسجل ملاحظات في مقتضى الحال. ولكن يمكن لتسجيلات الفيديو بالتحديد أن تكون مفيدة جدا، وليس بالنسبة إلى المبتدئين – فقط– الذين يكون انتباههم مستغرقا[1] في الجلسة بشدة من خلال كون البنية المؤتمتة لسلوكهم الخاص مازالت قليلة بعد. ومن حيث المبدأ يمكن بالنسبة إلى تحليل الخطة استخدام كل المعلومات القائمة أو التي ينبغي جعلها متوفرة: السلوك القابل وغير القابل للملاحظة، تقارير المريض والآخرين حول الحوادث الداخلية والأحداث، خارج الموقف العلاجي، التسجيلات الخطية للمريض، الاستجابات السلوكية الداخلية للمعالج والأشخاص الآخرين (على سبيل المثال في قسم الطب النفسي، في الجماعة العلاجية، في المحيط "الواقعي").

وبداية يتم البحث عن "الملفت للنظر"، حيث يمكن للشذوذ أن ينجم عن مظاهر مختلفة: الانحراف عن "المتوسط" المتصور، ولكن أيضا الانحراف عما يبدو مناسبا بالنسبة إلى هذا المريض الفرد أو بين معالجين مختلفين أو مجالات حياتية أو المعلومات

(1) مشفوطا.

التي يمكن أن تكون على علاقة بتفسير مشكلة المريض..الخ. وهذا الوضوح الذي يعد التعامل معه من المهمات الصعبة للإكلينيكي بالتأكيد، لا يمثل خاصية لمبدأ تحليل الخطة؛ فالمطلب بتنظيم وتصنيف ما هو شاذ بشكل صريح لا يوضح إلا أن الإكلينيكي نفسه مطالب "بجهاز معالجته للمعلومات" كاملا (بما في ذلك استجاباته الانفعالية "كأرضية صدى" للمريض). وتقليص العشوائية يتم من خلال قواعد مختلفة، وذلك وبشكل خاص في مرحلة التعلم بالمقارنة المتكررة مع الآخرين ودعم الاستنتاجات حول الخطط مرارا في السلوك. وكثيرا ما تم في السياق البحثي اختبار التطابقات وكانت بين المقبولة والجيدة (قارن أدناه).

بعدئذ يتم التفكر بالشاذ استنادا إلى وسيليته. هل لمظهر من مظاهر السلوك الشاذ وظيفة أداتية [وسيلية] (على سبيل المثال الابتسامة التهوينية للمريض في أثناء حديثه المشحون باللغو small talk volley حول محاولته الانتحارية؟) هل يعطينا معلومة بشكل مباشر معقول حول سياق ما (عندما يخبرنا المريض، أنه لم يقل الكثير في الجلسة الأخيرة، كي لا يضطر للاسترسال ومن ثم لتجنب الجراح)؟ فإذا لم يخدم انفعال ما غاية ما (قارن أدناه) لا بحد ذاتها، ولكن ألا يمكن أن يكون معلما مهما للخطط الأداتية [وسيلية]؟ أيعرض مريض ما مقدمة منطقية استعرافية لبنية خطة ما ("لم أثق بالمرأة أبدا، فقد خاب أملي مرارا")، هل ينبغي فهم طرح ما ("أنا إنسان جدي") بحد ذاته على أنه أداتي في الموقف العلاجي (قدم صورة إيجابية عنك؛ طمئن المعالج) أم أن الأمر يتعلق بطرح صادق حول نفسه (أم كلاهما)؟. ويمكن إكمال الطريق الذي يحتل الأولوية في الاستخلاص من الأسفل للأعلى في الهرمية (من السلوك نحو هذه الخطط الموجهة) بالاستنتاج من الأعلى للأسفل ("كيف يشبع المريض حاجته التابعة للجنس؟") ويوجه الانتباه إلى الخطط الكامنة، وكذلك على المجالات القاصرة.

ولا يضاف بشكل صريح إلى بنية الخطة المستنتجة، فقط إلا ما يكون أدواتيا كوسيلة للهدف مباشرة. وتدعم القاعدة المتمثلة في صياغة الخطط في صيغة أمرية

imperative موجهة للذات ("ادفع المعالج لمساعدتك") المساعي نحو استغلال العناصر غير الأدواتية كمعلومة خلفية، والإبقاء عليها خارج البنية نفسها. وعليه يفترض ألا يكون "القلق" في بنية ما، وإنما شيء أكثر خصوصية، وأكثر قابلية للفهم في انغراسه الأداتي، مثل "تجنب القلق"، "أشر إلى خوفك من الأماكن العامة" كأداة للخطة "اربطي زوجك بك")..الخ. ويمكن تثبيت أو تسجيل العناصر غير الأدواتية بصورة صريحة من خلال ما يسمى بالإطارات Frames"، وهي نوع من "الهوامش" حول بنية خطة ما، وهو ما يحدث بشكل خاص في السياق البحثي (Caspar,2007a).

وليس بالضرورة أن تكون بنية الخطة معقدة بالنسبة إلى الممارسة، بل يفترض لها أن تعطي ببساطة لمحة حول الخطط، المهمة بالنسبة إلى فهم المشكلة والعلاقة العلاجية. ومظهر الفائدة (العملياتية) أكثر أهمية هنا من مظهر الحقيقة (مع العلم أن هذين المظهرين لا يتعلقان بعضهما بالطبع). وهذا مهم من حيث أن الفائدة قد تتناقض ثانية مع تزايد التعقيد (والدقة في التفاصيل). أما كم من التعقيد ضروري للتصوير المناسب للحالة وكم هي الفائدة للمعالج الفرد فهو أمر يمكن أن يختلف بشدة.

ولابد من اعتبار بنية الخطة الافتراضية (المرسومة بشكل ثنائي البعد) على أنها نتاج بيني[1]. ومفهوم الحالة[2] الصريح يوضح ويقوم ويستخدم المعلومات المتضمنة فيها ، إلا أنه يمتد لأبعد من هذا: حيث يتم استخدام المعلومات غير الأدواتية المهمة أيضا، فيتم إنتاج سياقات أكبر (ارتباطات أكبر) وطرح أفكار حول التخطيط للعلاج، وهكذا. (Caspar,2007a قارن أيضا المثال في الفقرة التاسعة). وسيتم تقديم إرشادات أخرى حول استخلاص الخطط في مواقع خاصة من هذا الفصل.

---

(1) منتج غير كامل.

(2) الفكرة التي يتم بنائها عن الحالة (صورة الحالة).

4. الانفعالات

الانفعالات مكون أساسي من الاضطرابات النفسية ومن العلاج النفسي أيضا (Belz-Merk & Caspar,2002). لهذا فإنه من اللازم أن يقدم مبدأ مفهوم الحالة رؤى وأدوات ملائمة حول الاستخدام المنهجي للانفعالات. وبما أنه لا تمتلك كل الانفعالات وظيفة أداتية [وسيلية] مهمة فرديا، فإن المطلوب هو موجهات يمكن من خلالها الربط المنهجي للمظاهر الأخرى بالخطط. ومن أجل فهم جيد لشعور أو انفعال ما لابد أيضا من فهم لماذا يتم إدراكه والإحساس به شعوريا أو لماذا لا. ويعد هذا المحك الشائع للتمييز بين الانفعال Emotion والشعور (الإحساس feeling) هو المحك الشائع. وبما أنه بداية ينبغي توضيح مقدار الوعي من خلال التحليل، فإنه لن يتم التمييز بين الانفعالات والمشاعر بصورة بديهية، وإنما يقصد "بالانفعالات" أو "المشاعر" كليهما وتستخدم المفاهيم هنا بصورة متبادلة بشكل مقصود.

وعند تحليل الانفعالات بهذا المعنى يتم بعد تحديد ما الذي ينبغي تحليله بالضبط ("حزين"، "خواف-متشنج"..) تعريف الموقف. وهنا ليس بالضرورة أن يكون هناك تطابقا بين الموقف الموضوعي والإدراك الذاتي له (هل يتم رفض المريض بالفعل أم أن هذا مجرد إدراك؟). وغالبا ما يكون هذا الأخير هو الأهم بالنسبة إلى فهم الانفعال. ولكن إذا ما كانت استجابة انفعالية ما تتكون في غالبيتها من توترات غير مدركة كثيرا، أي تظهر بشكل أقرب للمختصرة، فإنه من الممكن أن يكون مفيدا، التدقيق إلى مدى أبعد من الموقف الذاتي في الموقف الموضوعي أيضا (على سبيل المثال زميل جديد، منافسة غير مصرح بها). وحتى في الاستجابات التي تبدو مبالغا بها يمكن للمقارنة بين الموقف الذاتي والموضوعي أن تمدنا بدلائل على مرتكزات علاجية.

عدا عن ذلك يمكن للموقف أن يكون أقصر وأكثر تحديدا (التهديد بمسلحين خلال ثوان) أو مستمرا (عدم الرضا الموجود لدى سيدة ما، كونها قد تخلت عن تحقيق ذاتها مهنيا لصالح الأسرة).

وهكذا يتم بناء الإطار لبنية الخطة بمساعدة أربعة أسئلة كاشفة heuristic، تغطي المظاهر الأربعة للمعاني المتغيرة من شعور إلى آخر:

1- الكبح والتهديد: أي من الخطط تقود إلى انفعالات سلبية أو تسهيلها وأي من الخطط يقود إلى انفعالات إيجابية؟ فكلما ازدادت أهمية المخططات لوحدها أو في مجموعها، كانت المشاعر الناجمة أشد في العادة. ويمكن للكبح/ التسهيلات أن تنطلق من الخارج (ظروف خارجية مقيتة/ ملائمة، تصرف أشخاص آخرين) وكذلك من الداخل (على سبيل المثال الصراعات بين الخطط). وتصبح الكوابح مهمة بشكل خاص عندما لا تتوفر خطط بديلة (على سبيل المثال المصادر الأخرى للدخل ومعنى الحياة بعد فقدان العمل) أو عندما لا يمكن تطويرها.

2- أي خطط كذلك تحدد بشكل إضافي -إلى جانب نوع التهديد/ التسهيل والخطط المعنية من خلال ذلك- نوع المشاعر المعبر عنها/ المعاشة؟ هنا يتعلق الأمر بأن الخطط (غالبا الخاصة بالجنوسة، أو بالأسرة أو بالثقافة) تعمل على ألا تظهر المشاعر المحملة سلبا بشكل قوي أو متكرر. والمدخل للأفكار المطابقة يقدمه السؤال، أي – من دون قطع الشعرة- نوع من الشعور المعاش/ المذكور هو الأكثر احتمالا بالنظر إلى الموقف أو الخطط المعنية. فعند وجود تهديد بالتسريح في الأوضاع الاقتصادية الصعبة قد يتوقع المرء أن يعيش على الأقل رب الأسرة مشاعر الخوف أيضا. فإذا ما ذكر بأنه لا يشعر إلا بالغضب فقط، فإنه من المحتمل أن الخطط المانعة للقلق هي الفاعلة.

3- أي خطط تخدم مواجهة/ تجنب المشاعر غير المرغوبة؟ وهنا يمكن حسب الموقف والإحساس استخدام طيف كامل من استراتيجيات المواجهة التكيفية أو الأقل تكيفية، الشعورية أو الأقل شعورية البين شخصية أو الضمنية (حل المشكلة الكامنة، التأثير على حالة الإحساس بالعقاقير، الإنكار، التجنب..الخ). فمن الممكن أن تكون المواجهة اللاتكيفية هي المشكلة الفعلية، في سلوك التجنب

برهاب الأماكن العامة على سبيل المثال، أو في تطور التعلق الناتج عن استخدام المواد لتجنب المشاعر المقلقة والاكتئابية الأشد. كما أن البحث عن معالج يعد من ضمن استراتيجيات المواجهة.

4- هل للانفعالات وظيفة أداتية [وسيلية، نفعية]؟ الانفعالات هي عضو مهم في تنظيم السلوك والخبرة ومن هنا فإنها تمتلك من حيث المبدأ وظيفة أداتية. إلا أن المقصود هنا بالإضافة إلى ذلك فيما إذا كان لها وظيفة أداتية غنية. فالمشاعر الاكتئابية على سبيل المثال (بين شخصيا وضمنيا[1]) تخفف من حدة صراع اتخاذ القرار أو لها تأثير رحيم. ويمكن استخدام مخاوف رهابات الأماكن العامة بشكل شعوري أو لا شعوري، لتقييد الشريك،...الخ. وقد تم وضع هذا المظهر بشكل مقصود في المرتبة الرابعة والأخيرة من أجل دعم مطلب التفكير بكل المظاهر المذكورة بدقة وعدم عزو الغائية ببساطة شديدة وتسرع.

5. بناء العلاقة

كانت الأولوية المطلقة في تحليل الخطة بادئ ذي بدء الحصول على أساس للعلاقة العلاجية، كما يحتل هذا الهدف الأولوية في كل علاج فردي: فعلى الرغم من أنه أيضا يوجد مرضى في بعض الأحيان يستفيدون بشكل مدهش من العلاج كثيرا بالرغم من العلاقة العلاجية السيئة، إلا الصحيح بشكل عام بأن نوعية العلاقة تسهم في المتوسط في الكثير من نجاح العلاج بمقدار ما تسهم به التقنية الصحيحة وأن حصول العلاج ونجاحه يتعلق بذلك في كثير من الحالات بصورة حاسمة (Caspar,2003) . لهذا فإن المفهوم المنظوري "لبناء العلاقة التكاملية"، المرتبط بتحليل الخطة له قيمة عالية. إلا أنه لا يمكننا عرض أهم المظاهر إلا بشكل مختصر. ومن أجل تجنب الخلط مع النماذج التكاملية للنماذج البين شخصية الأخر ى القريبة، والمختلفة في الوقت نفسه في التفاصيل،

---

(1) Inter- and Intra-Personal داخليا.

يتم مؤخرا استخدام مفهوم "بناء العلاقة الموجهة بالدافع[1] motive oriented Relationship Formation" (Caspar,2007). ويستند المفهوم على فرضيتين أساسيتين:

1- خلف كل سلوك مشكل في العلاج تكمن دوافع مقيدة للمعالج، مقبولة ولكن ليس بحد ذاتها (وإنما بداية من خلال الخطط الدنيا والسلوكات المستخدمة). وينبثق هذا عن أن الخطط في النهاية تخدم على أعلى المستويات الحاجات الأساسية، والتي هي بالتحديد ليست جيدة أو سيئة وإنما يمكن فقط أن تستخدم بنجاح أكثر أو أقل أو بآثار جانبية إلى حد ما.

2- يستطيع المرضى الانشغال عموما بمشكلاتهم بشكل أفضل، عندما يتم "إشباع" حاجاتهم البين إنسانية الأهم في العلاقة العلاجية، بمقدار ما يسمح الدور العلاجي بهذا.

"فالتكاملي complementary"لا تعني على الإطلاق أن المعالج يفعل ما يبدو للمريض مستأنسا على مستوى السلوك (على سبيل المثال الولولة [العويل]: إظهار العطف). فهنا قد يخشى من أن يتم تعزيز سلوك المشكلة. بل أن الأمر يتعلق – ولهذا فإن التشخيص الدقيق فاصل هنا!- بالتعرف على الدوافع المفترضة القائمة فوق السلوك المشكل للمريض (لهذا كانت التسمية الحديثة "الموجهة بالدافع") وبعدئذ ذلك "إشباعها" بشكل فاعل. إذ يمكن على سبيل المثال أن يكون للولولة غايات مختلفة كلية، لضبط الموقف العلاجي مثلا، كي لا يستطيع المعالج أن يفعل شيئا ما "خطيرا"، لتحريك المعالج لتسخير كل طاقته..الخ. وبداية عندما يصل المرء في التحليل إلى المستوى، الذي لا تعود فيه الدوافع الفرضية تقيد عمل المعالج بشكل زائد، يطرح المعالج خططا فعالة جدا تهدف إلى ملاقاة السلوك المشكل وجعله لا لزوم له وعدم الاستجابة له.

---

(1) أو العلاقة المسترشدة بالدافع.

ففي المستوى: تقيد خطة المريض المتمثلة في إثارة الشفقة بدرجة كبيرة، المعالجين من كل الاتجاهات بشكل واضح والخطة القائمة وراء ذلك فرضيا، المتمثلة في تجنب الإرهاق الزائد، هي بالمقابل ليست مقيدة للمعالج بحد ذاتها.

وفي التصرف الفاعل: في خطة-المعالج المتمثلة في: "تجنب إرهاق المريض"، لا يستطيع المريض معرفة فيما إذا كان لا يخطر على بال المعالج في هذه اللحظة بالتحديد ما يمكنه أن يرهقه به. بداية فإن الخطة المتمثلة في: "أظهر للمريض أنك سوف لن ترهقه" مع ما يتبع ذلك من سلوك للمعالج، كتوضيح مبدأ الخطوات الصغيرة والطلب من المريض الاتصال مباشرة إذا شعر أنه يخشى أن شيئا ما فوق طاقته على سبيل المثال، تتضمن المطلب من المعالج البحث عن الإمكانات المناسبة بشكل فاعل ومستقل عن السلوك المشكل الراهن.

وفي خطط المريض: والتي يتم معها استخدام وسائل غير إشكالية: ينبغي للمعالج أن يتصرف تجاهها بشكل تكاملي من دون تردد، أي بمعنى الاتجاه الموجه نحو بالموارد، وبشكل مهتم ومعزز. وهذا من حق المرضى كمجرد تعويض عن أنهم يبوحون بمشكلاتهم في العلاج، والتي لا يريدون أن يتم اختصارهم بأي شكل من الأشكال عليها ولا يفترض أن يكون هذا أيضا.

وبما أنه من المهم مس المستوى الصحيح وعدم استخدام سلوك العلاقة الموجه نحو الدافع بشكل غير نوعي وفق مبدأ رشاشة المياه، بل بشكل نوعي قدر الإمكان ("يكون فيه الحفاظ على ما هو قيم جدا لدى المريض")، فإن مركز الثقل يقع هنا على عاتق التشخيص، وحتى بشكل خاص عند وجود بنية خطة مقيدة جدا للمريض فقد يكون مطلوبا الكثير من الإبداعية في رسم الخطة والارتجالية في السلوك المسترشد بالدافع بشكل عفوي في الموقف.

6. المشكلات النفسية

تحقق التشخيصات التصنيفية مثل الدي أس أم DSM والآي سي دي ICD حلقة وصل بالمفاهيم النشوئية الخاصة بالاضطراب وبالاستراتيجيات العلاجية الخاصة به، حتى من وجهة نظر تحليل الخطة: فعندما يتم تحديد التشخيص يصبح من السهل نسبيا تنشيط الذاكرة أو مراجعة الكيفية التي يتم تفسير الاضطراب المعني وعلاجه في الوقت الراهن. ووفق تصورات مرجعية تشخيصية/علاجية أخرى يتم من التشخيص اشتقاق الإجراء العلاجي بشكل مباشر جدا وتحت توجه الحد الأدنى من التنويع الفردي (قارن الفصل الثالث من هذا الكتاب). بالمقابل يرتبط بتحليل الخطة توجه المراعاة الجيدة قدر الإمكان للمظاهر المتنوعة، التي تعد النشوءات والتدخلات المتعلقة بالاضطراب من ضمنها أيضا، ولكن ليس هي وحدها فقط (قارن أدناه، أيضا في المثال). فالفهم النوعيqualitative للمشكلة يحتل في كل الأحوال مركز الصدارة في الجهود التشخيصية.

يمكن اعتبار المشكلات النفسية على أنها خادمة وسيلية للخطة أو يمكن اعتبارها تأثيرات جانبية للخطط. فرهاب الأماكن العامة يمكن وسيليا أن يعيق الزوج عن الانفصال، أو – بشكل أقل أذى– من الذهاب في المساء إلى المقهى؛ ويمكن للاكتئاب أن يسبب الرعاية، أو التحرير العابر من صراع في اتخاذ القرار. ويمكن للتعلق بالمادة أن يكون التأثير الجانبي المزعج للاستخدام الوسيلي للعقار من أجل التغلب على المشاعر المقيتة، وقد يكون الاكتئاب (وفق فرضية فقدان التعزيز مثلا) تأثيرا جانبيا لسلوك التجنب، يخدم تجنب المخاوف الرهابية العامة. فعندما تترافق المشكلات النفسية مع انفعالات سلبية (كالمخاوف وتعكر المزاج الاكتئابي) فإنه يمكن استخدام الموجهات المعروضة أعلاه في تحليل الانفعالات. وغالبا ما ينشأ عن حصار الخطط شعورا سلبيا في البداية، وفي سياق ترسيخ الاضطراب يتم بعدئذ تطوير سلوك مواجهة يمكنه أن يمثل المشكلة الأساسية الراهنة (على سبيل المثال في سلوك التجنب الرهابي أو السلوك

القهري المخفض للقلق أو سوء استهلاك المواد)، أو يمكن أن يكتسب الاضطراب أو الشعور المتصدر أهمية مركزية في شغل Functioning الإنسان (قارن المثال أعلاه).

وفي جزء من الاضطرابات النفسية يحتل التفسير النشوئي باعتباره اضطرابا في العلاقات البين إنسانية مركز الصدارة كلية، كاضطرابات الشخصية أو المخاوف أو الاكتئابات. وفي الاضطرابات التي يحتل فيها المنشأ البيولوجي درجة أقوى - بمقدار ما نعرف اليوم- كالفصامات أو الاضطرابات ثنائية القطب، فقد يساعد تحليل الخطة في توضيح شروط الضغوط المنمية للانتكاس وإمكانات المواجهة على سبيل المثال، وكذلك أيضا في توضيح شروط البناء المثمر للعلاقة. وهذا ليس مهما بالنسبة إلى المعالجة العلاجية النفسية فحسب بل كذلك للمطاوعة في العلاج الدوائي. ناهيك عن أن الاستعدادات البيوعصبية في الاضطرابات النفسية لا تعني أسبابا نشوية بعد، وفي تعقد التفاعل بين العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية فإنها مسؤولة بداية عن فرط النشاط أو نقص النشاط العابر لأجزاء متفرقة من المنظومة، المرتبطة بشدة بالأداء Functioning البين شخصي والضمني (Caspar, 2003; Caspar, Kock & Schneider, 2004). فالنظام النفسي الاجتماعي البيولوجي يحاول تنظيم نفسه، بحيث ينجح بالبقاء وإشباع الحاجات الأساسية المهمة قدر الإمكان، مع العلم أنه قد تنشأ مآزق وانحرافات. وباعتبار أن الأدواتية (النفعية instrumentality) يمكن أن تلعب من حيث المبدأ دورا في عملية التكيف الناجح أو الفاشل، فإن لتحليل الخطة إمكانية عالية في تفسير العلاقات المركزية باستخدام العوامل البيولوجية العصبية. إلا أننا مازلنا في مدرسة الأطفال في هذه المهمة.

يتم تصنيف النماذج النشوئية المتوفرة ضمن رؤية كلية أداتية ولها في كل الأحوال قيمة توجيهية، يمكن أن تختلف من مريض لآخر حتى عند وجود التشخيص نفسه. فعلى سبيل المثال يمكن فهم الاكتئابات بمعنى نظرية التعزيز لليفينسون (Lewenson, 1947) على أنها نتيجة لسلوك الانسحاب الرهابي الذي يتم استخدامه بهدف تجنب الخوف. ولدى مرضى مكتئبين آخرين يمكن اعتبار صبغة الأشياء إما أبيض أو أسود

بمعنى بيك كاستراتيجية أداتيه [وسيلية] للبرهان للذات وللمعالج بأنه لا طائل من أية محاولة جديدة ومن ثم ربما الحفاظ على الاكتئاب الأداتي...الخ. وبالنسبة إلى عدد من الاضطرابات النفسية تتوفر اليوم "بنى أولية Prototype Structures": فهي تمثل – إن صح التعبير– خلاصة التحليلات الفردية لعدد من المرضى باضطراب محدد. وربما قد يصطدم المرء لدى المرضى الجدد الذين لهم البنية نفسها بشيء مختلف كلية، إلا أن "البنى الأولية" يمكن أن تمتلك فائدة توجيهية، في الوصول بشكل أسرع مما هو الأمر في الإجراء الاستقرائي inductive إلى ارتباطات مهمة، مفهومة بشكل معقول لدى كل مريض جديد في الحالة الفردية.

7. العمل العلاجي

في السنوات الأخيرة تم الترويج من جهة إلى أنه ينبغي على العمل العلاجي أن يسير بصورة دقيقة قدر الإمكان وفق الأدلة Manuals، ومن ناحية أخرى تم انتقاد هذا الأمر. وسوف نقوم هنا، باختصار ومن دون الدخول في نقاش لذلك، أو حتى من دون أن يكون بمقدورنا ذلك، بتوضيح نموذج العمل العلاجي therapeutically Action، القائم خلف ممارسة تحليل الخطة والذي تنبثق عنه أيضا أهمية التشخيص (قارن Caspar,1997). ومن حيث المبدأ يتم الافتراض أنه لابد من إعادة تصميم أو بناء العمل العلاجي في كل موقف من خلال مراعاة عدد كبير من العوامل. ويستطيع المعالجون الخبراء، ولكن أيضا المبتدئين الذين تعلموا بشكل جيد منذ وقت قريب عملية "الرضا بالتقييد المتعدد multiple constraint satisfaction" هذه، استخدام مظاهر مهمة أكثر. في حين سوف يواجه آخرون صعوبة في هذا، على الأقل في البداية. والمظاهر المراعاة هي مشكلات المريض، التي تتكامل في الغالب مع بعضها، وحدود وإمكانيات العلاقة العلاجية، والتقنيات العلاجية الخاصة بالاضطراب ومعارف الحياة اليومية والمعارف الأساسية ونقاط القوة والضعف الشخصية عند المعالج وموارد المريض وظروف المحيط المؤسساتية (الأطر المؤسساتية)...الخ.

وعلى الرغم من أنه عند النظرة التجريدية قد يبدو الأمر وكأن المعالجين يستخدمون التقنيات بسهولة؛ إلا أن الأمر يتعلق في الواقع لدى المعالجين المرنين على الأقل بعملية تصميم معقدة للعمل، يمارسها المرء بشكل مقصود بصورة أفضل مما لو تصرف تحت ضغط النماذج المعيارية وكأنه يتمسك في الحقيقة بإجراء قياسي Standard procedure بدرجة قليلة من الانحراف.

ويمكن في مثل هذا النوع من العملية استخدام التصورات الخاصة بالاضطراب والتقنيات، المجدولة (أي الموضوعة في دليل) أو حتى Disorder specific Concepts المعيره standardize منها. وربما يبدو اليوم أن عدم استغلال المعرفة المتنامية بشكل غير مسبوق حول الإجراءات المتعلقة بالاضطراب أمر غير محترف (غير مهني). إلا أنه لابد من استخدام هذه التصورات والتجميعات للتقنيات بشكل مرن "كمقلع quarry" يمكن للمعالج، واضعا الإنسان ككل نصب عينيه، أن يأخذ منه مادته من دون أن يستخدمها بشكل مباشر بسذاجة.

أما الاستنتاجات من مثل هذا النوع من العمل العلاجي فهي:

1- على المعالج في أي وقت أن يمتلك من جهة مفهوما تفريقيا (مفصلا)، ومن جهة أخرى واضحا كفاية للحالة، يمسح على أساسه باستمرار المعلومات الجديدة ويدرسها ويحدد التغيرات المرغوبة ويتعرف على الفرص والمعوقات الراهنة ويخمن عواقب عمله. وهنا تقدم التشخيصات بالمعنى التقليدي المدخل إلى التصورات والتقنيات الخاصة بالاضطراب والتي يتم بعدئذ استخدامها بالمعنى الاستكشافي (حدسي) heuristic محدد المعالم.

2- يمنع تليين الإجراء (تحويل الإجراء إلى إجراء مرن[1]) من الاعتماد الخطأ بالأساس على الاستخدام المعير للأساليب المختبرة فاعليتها. وبما أن المساحات الحرة تصبح

---

(1) Flixibilization.

أكبر فإنه يصبح من الواضح بشكل لا مفر منه أنه لابد من تأمين ضمان لجودة عالية للعلاج النفسي من خلال التشخيص المستمر للوضع والعملية -Status- and Process . Diagnostic

وهناك أمثلة لدى كاسبار (2000أ، ب، 2007،أ) وأدناه.

وفي حين أنه قد يتم في الإجراء المعياري تبني الرأي القائل: أنه يمكن للتشخيص أن يقتصر على طرح تشخيص الآي سي دي الصحيح right ICD-Diagnoses ، الذي ينبثق عنه الإجراء العلاجي الصحيح بعدئذ، فإن التشخيص في الإجراء الذي نفضله أكثر تنوعا.

8. ممارسة تحليل الخطة

يسير المجرى النموذجي لاستخدام المبدأ على النحو التالي تقريبا: حضرت مريضة تعاني من فقدان الشهية العصبي للعلاج. قام المعالج قبل اللقاء الأول بالتفكير حول الخطط المميزة لهذه المجموعة من المرضى: خطط الاستقلالية، خطط الإنجاز، خطط ضبط (الذات). إلا أنه لم يحدد (يرسم أو يقيد) المريضة ضمن هذا، وإنما انتبه بشكل خاص لهذا وتصرف في العلاقة طبقا لذلك، أي كان مستعدا دائما للتعديل عندما تتوفر بشكل فردي معلومات تفريقية. وفي اللقاء الأول انتبه بشكل خاص للسلوك غير اللفظي؛ وهكذا سرعان ما اتضح له بأن المريضة تتجنب كل شيء قد يتلاءم مع دور المريضة الضعيفة. فافترض المعالج بأن هذا ليس هدفا بحد ذاته، "لحسن الحظ" لأنه لا مفر من الحديث مع المريضة حول مشكلاتها. فحاول بهمة وبشكل هادف إشباع الحاجات الكامنة فرضيا خلف ذلك (الاستقلالية وقيمة الذات)، ليسحب من سلوك المشكلة الأساس الدافعي المغذي للحاجات ("تجنب الحديث حول المشكلات").

وفي حين يحتل بناء العلاقة المثمرة في البداية مركز الصدارة، وكذلك توجيه الانتباه التشخيصي على ذلك بشكل خاص، فإنه من الممكن منح المزيد من الاهتمام في

المجرى اللاحق لفهم الإشكالية (دائما ضمن المراعاة المناسبة لمنظور الموارد!). وباستمرار يتم توسيع المنظور واستكماله وتدقيقه، حيث يتم في كل الأحوال بين الحين والآخر إكمال بنية الخطة المرسومة. ويكون هذا أسهل عندما يتم بنائها بالاستعانة بأحد برامج الكمبيوتر المستخدمة. ووفق الخبرة يمكن للمرء أن يستمد الزاد طوال العلاج كله تقريبا من تحليل الخطة المنجز في الجلسات الثلاثة الأولى بشكل أساسي.

هل يتم الحديث بشكل صريح مع المريض حول تحليل "خطته"؟ من حيث المبدأ فإن هذا مفيد بمعنى الإجراء القائم على التفسير ولابد أحيانا من خلق الدافعية للخطوات العلاجية الصعبة من الاستبصار. إلا أن تحليل الخطة يفيد بالدرجة الأولى في تحقيق وصول المعالج نفسه إلى وضوح ويبيح لنفسه بناء الفرضيات أيضا التي لا يستطيع مواجهة المريض فيها على الأقل في بداية العلاج. فإذا كان المريض قد بنى سلوكات تجنب واسعة لحماية "نقاط المعجزات" (Grawe,1986) فإنه لا يمكن توقع أي انفتاح على التفسيرات المطابقة للمعالج. وتوضيح مبدأ الخطة كله قد لا يكون مناسبا، وبالتحديد فإن المرضى المهتمين والمثقفين الكفء بشكل خاص سوف يكونون ممتنين في الغالب لوسيلة أخرى للتبرير، إلا أنهم لن يستقبلوا ذلك على أنه كثير الفائدة. وبهذا يتم توظيف تحليل الخطة بشكل انتقائي وهادف كوسيلة عندما يظهر مفهوم الحالة بأنه يفترض للمريض أن يتعلم فهم مظاهر معينة من خبرته بشكل أفضل. وفي هذه اللحظات يمكن إدخال مناظير أداتية [وسيلية] instrumentally perspective للجلسة من دون أن يستخدم المرء على الإطلاق مفهوم "الخطة" المساء فهمه في اللغة الدارجة ومن دون استخدام أكثر من خمسة أو ستة عناصر على مستويين حتى الثلاثة.

ويتطلب الاستخدام الروتيني لتحليل الخطة وقتا في التعليم وتتعلق مسألة الاستخدام في الممارسة العملية بدرجة كبيرة، فيما إذا كان المعالج قادرا على تسخير الوقت الكافي للتعلم من أجل الاستفادة فيما بعد. كما يتعلق استخدام تحليل الخطة وبصورة ذرائعية كلية بفيما إذا كان بالإمكان إدخال تحليل الخطة في حسابات صناديق

الضمان الصحي، وهو ما بلغنا بناء على الحالة المعروضة. إلا أنه لا يكفي هنا التلاعب ببهلوانية مع مفهوم "الخطة"؛ فتحليل الخطة ينبغي أن يشكل الأساس للجدل Argumentation المقنع مضمونيا في الحالة الفردية.

9. مثال لتحليل الخطة ومفهوم الحالة في إطار تحليل الخطة

يمكن من خلال أمثلة تتصف ببعض التفصيل أن نتبين فيما إذا كان مبدأ معينا من مفهوم الحالة Case conception يفيد أكثر من مجرد طرح مجموعة من الأفكار وفيما إذا كنا نتوصل إلى استنتاجات مختلفة عن استنتاجات المبادئ الأخرى. ومن هذه الناحية قد يكون العرض المختصر، بالشكل المتاح هنا، معرضا لخطر ألا يكون مقنعا بالشكل الذي نرغب والممكن في الواقع. وبغض النظر عن هذا فإن عرض المبدأ يحتاج إلى توضيح وأمثلة أخرى وهي متوفرة للمهتمين من أجل إكمال الصورة لدى كاسبار .(Caspar, 2000 a,b,2007a)

يتعلق الموضوع بسيدة تبلغ من العمر 35 سنة وتعاني من اكتئاب شديد منذ سبع سنوات، ولها طفل في عمر السادسة. كانت مقيمة في المستشفى للعلاج المركزي بالأدوية التي لم تكن قابلة للعلاج من دونها. نشأت في بلد آخر لأب كان يضربها، وكذلك صديقها الأول وزوجها الأول؛ فكان زوجها الثاني والراهن الخلاص لها من إشكالية زواجها الأول. وعاشت في سويسرا بصورة مقيدة بسبب المشكلات اللغوية/ الثقافية بشكل خاص مكرسة حياتها لابنها الذي التحق الآن (قبل وقت قصير من انفجار الاكتئاب) بالروضة؟

وفي البيت ظهر لديها بالإضافة للاكتئاب نوع من القهر: فقد نظفت وغسلت وكوت حتى في المساء، وبالتحديد عندما يصبح الجو لطيفا. لديها تأنيب ضمير وخوف من أن يتم التخلي عنها لأنها لا تحب زوجها، على أية حال ليس بالشكل الذي كانت تراه لازما.

وفي العلاج النفسي الذي كانت تتوقع منه المساعدة الهادفة في اكتئابها، كانت متعاونة من حيث المبدأ، إلا أنها بدت متمسكة بشكل يصعب فهمه بأفكارها الاكتئابية وتدافع عن نفسها بشكل خاص ضد إشراك وضعها العلائقي في العلاج (المثال معدل من كاسبار، 2002).

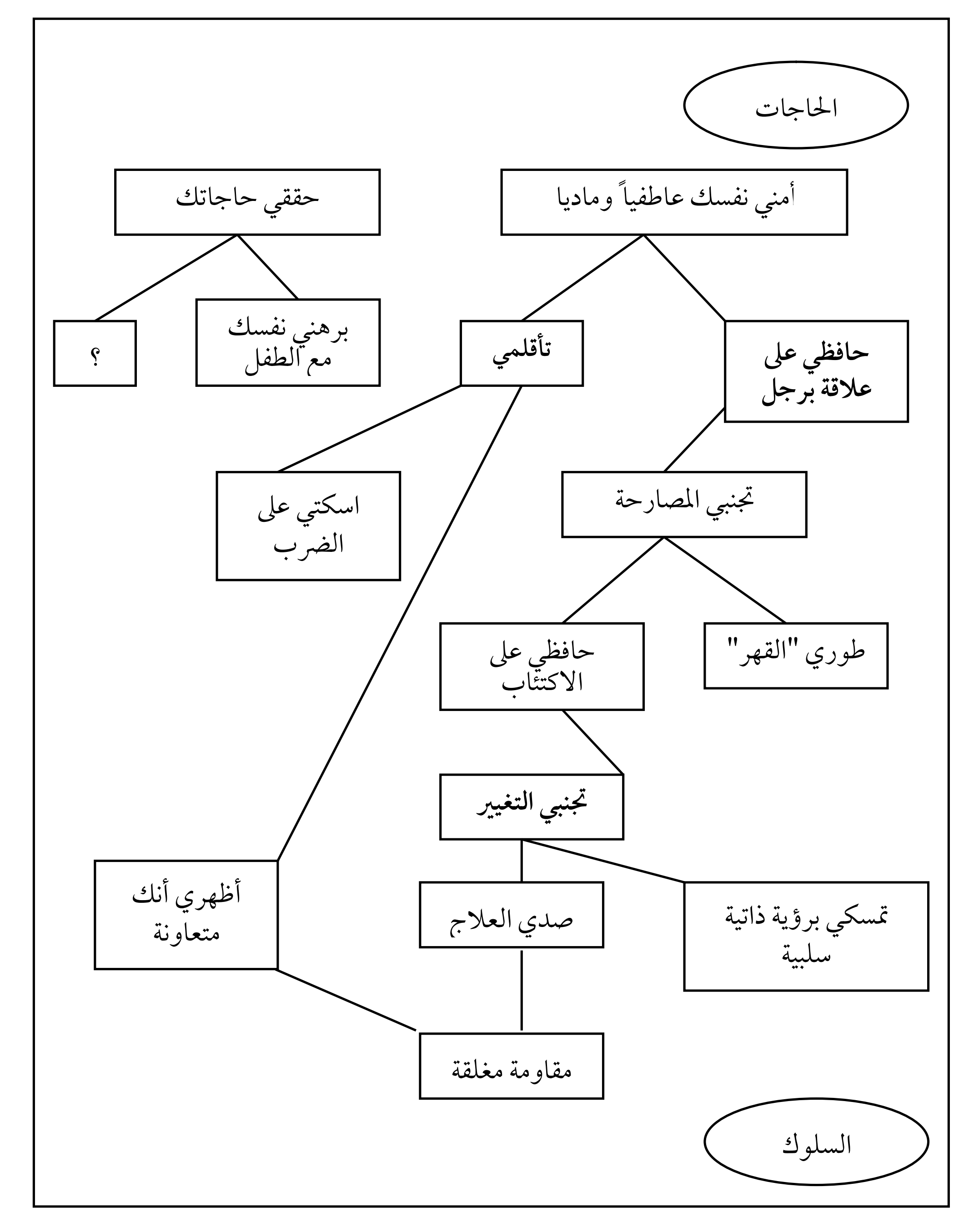
تم تفسير الاكتئاب بشكل خاص بأنه ناجم عن تهديد العلاقة (الرعاية الانفعالية والمادية؛ مفهوم حصار[1] تحليل الخطة حول نشوء الانفعالات السلبية)، بعد أن لم يعد الطفل يشغل الأم كثيرا من خلال التحاقه بالروضة (إمداد بالحاجات الانفعالية/ إلهاء عن الوضع). وبعد انحسار دورها الأمومي تجدد السؤال حول دورها كزوجة. وبسبب بنية شخصية تعلقية، هذه البنية التي اتضحت من تأقلمها المبكر (الأب الضارب والشريك السابق) فهي الآن متعلقة بشكل أحادي الجانب بزوجها في حاجات مختلفة. كما أن الإمكانيات الأخرى لتحقيق حاجات مختلفة مقيدة، وتتطلب بنائها بالأساس.

أخضع الاكتئاب فرضيا للوظيفة الأداتية [الوسيلية، النفعية]، المتمثلة في التخفيف من حدة الصراع مؤقتا ("هل سأقر بأني لا أحب زوجي، هل سيطلقني؟).

في العلاقة العلاجية يحتل التكيف مع ضرورات العلاج من جهة مركز الصدارة ، وذلك بما يشبه كلية سلوك علاقتها التعلقي المعروف، المتمثل في الدفاع عن نفسها ضد التعديلات المخفضة للاكتئاب ("الاكتئاب، كغصن تجلس عليه"): فممنبع هذه المقاومة لا يكمن في العلاقة، إلا أنه يؤثر عليها. ومن المؤكد أنه يمكن استخدام التعاون، إلا أنه من ناحية أخرى على المعالج ألا يفرح بهذا بسذاجة، وإنما أن يراه أيضا كجزء من المشكلات التي ينبغي العمل عليها.

---

(1) blockade concept of plan analysis.



شكل (2): بنية مبسطة للمثال حول المريضة. المميز هو أن تحليل المشكلات والعلاقة العلاجية يتم في البنية نفسها

فالعلاج ينبغي أن يشمل على: التوضيح الحذر لوضع العلاقة بإشراك الزوج، ولكن بداية العمل المعمق مع ميول التعلق وبشكل خاص العلاج الاستعرافي السلوكي للاكتئاب (من بينها برنامج أنشطة، العمل على أساليب التفكير والتصويرات المعطوبة). وربما تجعل الوظيفة الوسيلية المتهمة بالاكتئاب من توقع تحقيق النجاح هنا الذي قد يمتد إلى درجة أن "تفقد" المريضة الاكتئاب، نوعا من السذاجة. وبالتوازي مع العمل الملموس على الاكتئاب (المدفوعة له المريضة)، لابد أن يجري توضيح العلاقة (ما الذي تشعره المريضة بداية على أنه مهدد وضد ماذا تقاوم). وهنا لابد من الانتباه إلى نوع من التوازن تلعب فيه العلاقة العلاجية دورا واضحا. ولابد من مقابلة الرغبة بالأمان والحماية في العلاقة بشكل متمم complementary، من دون تعزيز السلوك التعلقي المتوقع هنا قدر الإمكان. إذا لا بد من ضمانة البنية والدعم مع التأكيد في الوقت نفسه على تقرير المصير بشكل فاعل للمريضة، من دون تعزيز السلوك التعلقي/ الاستغاثي للمريضة.

ويفيد بشكل خاص في هذا العلاج استخدام نموذج "مراحل التغيير stages of change"، وهو ما يمثل مجرد مثال للاستغلال الممكن لتصورات إضافية في إطار مفهوم الحالة المؤسس على تحليل الخطة.

المشكلة الخاصة تتمثل في أن المريضة لديها دافعية مدركة للعمل على اكتئابها بصورة متمحورة حول الاضطراب (مرحلة العمل action stage) وتتبع بشكل متعاون (طالما لا يتحقق نجاح قاطع "يهدد" الوظيفة الأدواتية للاكتئاب) التدخلات الضرورية (تصميم اليوم، العمل الاستعرافي)، في حين مازالت تفتقد لمفهوم أو تصور واضح للجذور الفرضية للاكتئاب في وضع العلاقة (مرحلة ما قبل التأمل precontemplation stage) أو أنها تشعر أن مثل هذا التصور مهدد. وهكذا فقدت صدت اقتراحات المعالجة النفسية بإشراك زوجها في الجلسات. ويشير نموذج المراحل وبشكل مدعوم إمبيريقيا إلى أنه ينبغي التصرف في المراحل الأولى لتنمية الدافعية

بتدخلات ضامنة للاستقلالية وقائمة على الاستبصار بشكل خاص، وفي المراحل اللاحقة بتدخلات (علاجية سلوكية نمطية) أكثر بناء وأقرب للملموسة، ملائمة للتوجه-نحو التصرف Action-Orientation .

كان المعقد لدى هذه المريضة، بأن حل مشكلة العلاقة ربما يكون في الواقع هو الشرط للحل الدائم لمشكلة الاكتئاب، وقد كانت المريضة قليلة الاستبصار والدافعية في هذا الأمر. لهذا انبثق إجراء مواز تفريقي (تفصيلي) تم فيه وغالبا في الجلسة نفسها وبشكل منهجي (مبني)، وعرض علاقة أكثر إثمارا، العمل على الاكتئاب وفي جزء آخر من الجلسة "بشكل أنعم" على أساس علاقة مانحة للأمان وضامنة للاستقلالية في الوقت نفسه، مع تقديم عرض واضح قدر الإمكان (بما في ذلك جلسات مشتركة مع الزوج) للمعالجة القائمة على التوضيح للموضوع "العلاقة مع الزوج".

وبالفعل حصل التقدم التدريجي من خلال هذا الإجراء "التكاملي"، حيث كانت العلاقة العلاجية الجدية المدعومة بالنجاحات الجزئية في علاج الاكتئاب، العامل الأساسي في استمداد الشجاعة للتطرق لموضوع العلاقة. كان من حظ المريضة أن الجلسة مع زوجها أظهرت أنه كان مدركا لقلة حب زوجته له، ومع ذلك فهو يحبها ولا يريد التخلي عنها. ولم يتح الاسترخاء المنبثق عن ذلك للمريضة التطرق للاكتئاب بعمق ومثابرة بشكل موجه نحو الأعراض فحسب، وإنما التعامل مع علاقتها بزوجها بشكل أكثر مرونة وبالنتيجة تكثيفها عاطفيا.

10. مظاهر نظرية علمية وطرائقية

يقر تحليل الخطة بأنه أسلوب تفسيري. وعلى عكس تحليل السلوك التقليدي ذو التوجه النظري التعلمي تم باستمرار اختبار التطابق بين محللين أو أكثر وكانت النتيجة باعثة على الرضا. ويسهم في هذا قواعد مثل التأكد من الاستنتاجات الواسعة مرارا قدر الإمكان والملاحظات الملموسة، وتكرار مقارنة الفرضيات الذاتية (التي يطرحها

المعالج) في مرحلة التعلم مع فرضيات الآخرين. ويربط تحليل الخطة الرؤية البنيوية والوظيفة المختلف عليها في الغالب في علم النفس، وكذلك بحذر بين إجراء موجه بالمفاهيم وإجراء استقرائي inductive . والطريقة هي طريقة توجيهية(حدسية) ومرنة the method is heuristic and flexible ، وعليه يمكن للمستخدمين الاستغلال الكامل لنقاط قوتهم (على سبيل المثال التحليل الدقيق للسلوك غير اللفظي مقابل ملاحظة الدقة في اللغة) وتنويع المظاهر الملاحظة أيضا ودرجة تفكك التعلقية ارتباطا بالفائدة المتوقعة. وتحليل الخطة ليس مبدأ يتم استخدامه كله أو عدم استخدامه: بل ينبغي فهمه على أنه إطار للمفاهيم (التصورات) والقواعد التي يمكن أن يحصل استخدامها بصورة شاملة بدرجات مختلفة. وفي حين تبدو المناقشة المعمقة للمبدأ والاستخدام الشامل للطريقة أمرا بديهيا، إلا أنه ينبغي عدم إنكار أن كثير من المستخدمين، وبالتحديد عندما يكون لديهم مفاهيمهم "الخاصة" ويريدون الاستمرار في الاستفادة منها، يمكنهم أيضا أن يستفيدوا من استخدامهم لأجزاء من مبدأ تحليل الخطة.

وفي الاستخدام البحثي الذي لا يمكن الإشارة إليه هنا إلا على الهامش، أثبتت الطريقة في كثير من الأعمال في مجموعة عملنا ومجموعات أخرى صلاحيتها (قارن:

Caspar, 1996; Caspar, Gross,ann, Unmuessig& Schramm, 2005; Belz,2008; Berger, 2005; Drapeau, Koerner, Granger, Brunet & Caspar,2005).

صفحة زوجية فارغة

7- التشخيص العلاجي النفسي بالمحادثة

[التشخيص العلاجي النفسي المتمركز حول الشخص]

راينر زاكسه Reiner Sachse

1. العلاج النفسي بالمحادثة والتشخيص النفسي

لم يعد العلاج النفسي بالمحادثة[1] اليوم أسلوبا علاجيا موحدا: فهو يمتد من المبادئ "الروجرزية التقليدية" (قارن[2] Biermann-Ratjen, Eckert & Schwarz, 1995; Schmid, 2002) مرورا بما يسمى "العلاج النفسي العملياتي-التجريبي Process-experimental

---

(1) العلاج النفسي المتمركز حول الشخص.

(2) الترجمة العربية: العلاج النفسي بالمحادثة-التغير من خلال الفهم-ترجمة سامر جميل رضوان.

Psychotherapy (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Elliot, Watson, Goldman & Greenberg, 2003) وانتهاء بالعلاج النفسي بالمحادثة المتمركز حول الهدف (Sachse, 1992, 1999) والعلاج النفسي القائم على التوضيح (Sachse, 2003a; 2003b). ففي الشكل "التقليدي من العلاج النفسي بالمحادثة يلعب التشخيص دورا ثانويا، لأن روجرز (1951) افترض أن الاتجاه التشخيصي للمعالج تجاه المتعالج يمكن أن يؤذي تعاطف المعالج. ومن هنا فإنه من النادر أن يتم استخدام الأساليب التشخيصية في هذا المبدأ.

وفي المبادئ الأخرى للعلاج النفسي بالمحادثة تزايدت أهمية التشخيص بقوة منذ بضع سنين وذلك بالترافق مع التمايز الدقيق للتدخلات العلاجية النفسية بالمحادثة واستنادها إلى سمات المدخل وسمات العملية لدى المتعالجين (Tscheulin, 1998)، ولكن بشكل خاص مع تطور المبادئ الخاصة بالاضطراب (Swildens, 1991) وضرورة ضبط الجودة – وهذا ليس فقط في إطار البحث، وإنما أيضا في الممارسة العملية (قارن Sachse ,2000a)،

2. الوظائف التشخيصية

تعد سمات ووظائف التشخيص في العلاج النفسي بالمحادثة عابرة للمدارس. ففي البداية يتعلق الأمر في العلاج النفسي بالمحادثة بضمان نجاح أو جودة الإجراءات العلاجية النفسية بمساعدة الأدوات والاستراتيجيات التشخيصية المناسبة. يضاف إلى ذلك يمكن التعرف في العلاج النفسي بالمحادثة على إجراءات تشخيصية قائمة على الحالة أو على العملية (قارن الفصل الأول من هذا الكتاب).

فعندما يتطلب الأمر إجراء تنبؤ فإنه عادة ما يتم الحصول على البيانات بمساعدة استبيان يقيس الحالة الكائنة عند المتعالج أو حالة المنطلق (قارن جدول 1).

ويعقب تشخيص المدخل قياسات بينية في المجرى اللاحق للعلاج وقياس في نهاية العلاج أو في وقت المتابعة. ولأدوات القياس المرتبطة نظريا بشدة بالعلاج النفسي

بالمحادثة أهمية خاصة هنا. ومثال ذلك المقاييس التي طورها ترواكس (Truax) (قارن أدناه) لتحديد إلى أي مدى يحقق المعالج "الشروط التسهيلية facilitative Conditions" التي طرحها روجرز في عام 1951 (التعاطف، والتقبل والأصالة) أو إلى أي مدى تؤثر على عمليات المتعالج بالطريقة المرغوبة (Tscheulin,1998). إلا أنه يتم استخدام أساليب أخرى من الاتجاهات الأخرى للتشخيص العلاجي النفسي، للتنبؤ ومرافقة الخطوات العلاجية واختبارها بصورة تفريقية. وهذا النوع من التشخيص هو في الوقت نفسه مساهمة لضمان الجودة في العلاج النفسي (جودة النتيجة outcome quality).

فإذا تم استخدام القياسات التشخيصية لطرح الفاعلية Indication فإن ذلك يحدث عندئذ استنادا إلى الفاعلية الانتقائية التفريقية والتكيفية selective, differentially and adaptive Indication ، التي تتوفر حولها في العلاج النفسي بالمحادثة بعض الأدوات التشخيصية (قارن الفصل 13 في هذا الكتاب، ;Sachse,1995a,1997a,2001,2002,2004 (Schulze,1981 . وبشكل خاص فإن الأشكال التكيفية من التشخيص هي التي تسهم في اختبار جودة العملية في العلاج النفسي.

وفي المبادئ الأحدث للعلاج النفسي بالمحادثة يتم الانطلاق من أن المعالج خبير في العملية العلاجية وينمي ويدعم بشكل هادف عملية تنوير المريض من خلال عروض علاجية (عروض لمواضيع تناقش) (Greenberg et al., 1993; Sachse, 1996, (2003a. ومن أجل تحقيق هذا لابد للمعالج في العملية العلاجية من بناء نموذج حول المتعالج ومشكلاته وأهدافه ونوع معالجة المشكلة وتشكيلات علاقاته وتطويرها (توسيعها) باستمرار. ويشكل هذا المدخل أساس تطوير الاستراتيجيات والتدخلات العلاجية (Becker & Sachse,1997; Saches,2003a) . وتعد المعلومات التشخيصية الناجمة عن تشخيص العملية ذات أهمية كبيرة من أجل بناء النموذج عند المعالج والموائمة المستمرة للنموذج. ومن أجل هذا الغرض طور العلاج النفسي بالمحادثة أساليب تشخيصية خاصة، تمثل الخبرة المميزة للعلاج النفسي بالمحادثة في هذا المجال.

جدول (1) عرض للأساليب التشخيصية المعروضة

المؤلف	الأهداف التشخيصية	الطريقة
Eckert (1974)	استقصاء بعدي-للجلسة • علاقة المعالج-المتعالج • التقدم العلاجي	استبيان
Barrett-Lender (1962)	استقصاء بعدي-للجلسة • تحقيق "الشروط العلاجية" من قبل المعالج	استبيان
Franke (1977)	استقصاء بعدي- للجلسة للمجموعة	استبيان
Hoeger & Eckert (1997)	استقصاء بعدي- للجلسة • العرض العلاجي • التغيرات العلاجية • خبرة الجلسة العلاجية	استبيان
Truax (1961a,1961b,1962a)	تقدير مقدار تحقيق المعالج "للشروط العلاجية"	مقاييس تقدير
Tausch (1973)	تقدير تحقيق: • "التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية" • "الأصالة" • التقبل من خلال المعالج	مقاييس تقدير
Schwartz (1975a,1975b,1980)	تقدير سمات سلوك المعالج	مقاييس تقدير
Dahlhoff & Bommert (1976,1978)	تقدير "مستوى الخبرة Experiencing Niveau" عند المتعالج	مقاييس تقدير
Pfeifer, 1975,1976)	تقدير: • كثافة الخبرة عند المتعالج • تنمية	مقاييس تقدير

المؤلف	الأهداف التشخيصية	الطريقة
Stiles (1992)	تقدير المقدار الذي عالج فيه المتعالج التصويرات السلبية "واستوعبها assimilate "	مقاييس تقدير
Sachse & Maus (1991)	تقدير: • عمق السبر (التوضيح) الذي حققه المتعالج للتصويرات السلبية: طريقة المعالجة أو (طريقة إعادة النظر) • عمق عروض المعالجة (إعادة النظر) التي قدمها المعالج.	مقاييس تقدير
Sachse (1997)	تقدير: • عمق السبر • التجنب • صياغة العلاقة من خلال المتعالج	مقاييس تقدير
Zielke & Kopf-Mehnert (1978)	قياس التغيرات التي قام بها العلاج	استبيان VEV
Zielke (1979)	قياس التغيرات على مستوى الأعراض.	استبيان KASSL
Cartwright, deBruin & Berg (1991) Hoeger (1995)	قياس التغيرات لدى المتعالج في المجالات المهمة وفق نظرية الشخصية لروجرز	استبيان FRBS
Fenigstein, Scheier & Buss (1997)	قياس "الانتباه الذاتي الشخصي" (الوعي الذاتي الشخصي Subjective Self Awareness	استبيان SCS
Sorembe & Westhoff (1985)	قياس تقبل الذات، الذي يقدمه الشخص لنفسه.	استبيانSESA
Krampen (1981)	قياس المقدار الذي تعاش فيه الأفعال الذاتية بوصفها منطلقة من الذات أم من الآخر (قناعات الضبط [مركز التحكم])	استبيان IPC

ففي بداية العلاج يتم إجراء تشخيص تصنيفي بمساعدة منظومات التشخيص المعيارية كالآي سي دي العاشر (ICD-10; Dilling, Mobour & Schmidt, 2004) أو الدي أس أم الرابع معدل النص (DSM-IV-TR; Sass, Wittich & Zaudig,2003). وهو شرط مهم من أجل طرح للفاعلية خاص بالاضطراب ومستقل عن المدارس العلاجية وتحديد مجالات من الأهداف بالنسبة إلى التعديل عند المتعالج من خلال مجالات مشكلات نوعية. ومن خلال هذا يطمح بالوصول إلى تنبؤ حول التأثير التفريقي الممكن للعلاج النفسي وتوصيله بشكل شفاف (قارن الفصل الرابع من هذا الكتاب).

واليوم تأخذ دراسات الأبحاث في العلاج النفسي بالمحادثة (Sachse, 1995a, 1995b) و تقارير الحالات (Eckert, Hoeger & Linster, 1997) على حد سواء تصنيفات الدي أس أم والآي سي دي. وهذا يوضح أن التشخيصات التصنيفية قد حظيت في هذه الأثناء بالقبول الواسع في العلاج النفسي بالمحادثة أيضا.

وبمساعدة تشخيص العملية يحصل المعالج على دلائل مهمة لنماذج المتعالج التي تم التطرق لها سابقا، التي يستخدمها (أي المعالج)، للتعرف على التقدم، وتوجيه سلوكه باتجاه المتعالج أو على وضعه في تلك اللحظة في الحدث العلاجي. وبهذه الطريقة يحصل المعالج على سبيل المثال على شيء ما حول فيما إذا كان المتعالج يعمل بشكل بناء على توضيح التصويرات المهمة أم فيما إذا كان يتجنب من خلال مظاهر معينة للمشكلة أو يتعامل معها بشكل بناء (Becker & Sachse, 1997). ولكن أيضا يمكن الحصول على معارف جديدة تجعل إمكانية التعديل واضحة يمكن أن تكون مفيدة سواء بالنسبة إلى البحث أم للإجراء العلاجي التشخيصي القائم على الحالة الفردية Ideography. (قارن Sachse & Takens, 2003) . وبهذا فإن تشخيص العملية في العلاج النفسي بالمحادثة أساسي لتحليل المجريات والفاعلية التكييفية (Greenberg et al., 1993).

إنه مدروس بشكل متقن جدا ومن أكثر الأمور المبحوثة تفصيليا. ومن أجل الحصول على معلومات المجرى هذه تستخدم في العلاج النفسي بالمحادثة بشكل خاص استبيانات القياس البعدي للجلسات ومقاييس التقدير.

3. أدوات لقياس العملية

3.1 استبيانات للاستقصاء البعدي

تفيد استبيانات استقصاء الجلسات في قياس العملية العلاجية من منظور المتعالج والمعالج. وهنا يستطيع المعالجون والمتعالجون تقدير أنفسهم وعلاقتهم. ومن خلال ذلك تتاح الفرصة مبدئيا لإجراء تقديرات مختلفة ومتنوعة، بصورة لا يمكن قياسها في العادة من خلال استبيان واحد.

وربما يكون من المهم جدا بالنسبة إلى الباحثين والمعالجين تحليل إلى أي مدى تنحرف تقديرات المعالج والمتعالج عن بعضها. وهكذا يستطيع المعالج على سبيل المثال استنتاج أنه يعيش العلاقة نفسها على أنها إشكالية، في حين أن المريض يراها بأنها ليست إشكالية وجديرة بالثقة. ويمكن لهذا (بل وينبغي) أن يدفع المعالج لتوضيح منبع هذا التباعد. ويمكن لتفسير مثل هذا التباعد أن يتضح في العملية العلاجية.

والاستبيانات المعروضة فيما يلي نشأت في العلاج النفسي "التقليدي" بالمحادثة.

3.1.1 استبيان إيكرت Eckert

يقيس استبيان إيكرت (Eckert, 1974) "خبرات المتعالجين لوصف التفاعل والمواقف العلاجية النفسية" مجموعة من متغيرات العملية من وجهة نظر المتعالج. وهو عبارة عن استبيان مفصل مضمونيا لأداة استقصاء بعدي طورتها باريت – لينارد (1962) (طور فرانكه في عام 1977 استبيان مطابق للعلاج في المجموعة). وتتضمن بعض البنود:

- "بدت لي بعض مشكلاتي في جلسة اليوم من منظور جديد".
- "من خلال تحفظ المعالج شعرت بالارتباك".
- "اكتسبت مزيدا من الثقة بنفسي من خلال هذه الجلسة".

وقد ظهر إمبيريقيا أن خبرات محددة للمتعالج المقاسة في بداية العلاج من خلال استبيان إيكرت ("اليوم تقدمنا بشكل ما" على سبيل المثال)، ترتبط مع إنهاء ناجح للعلاج. فبعد الجلسة العلاجية الثانية من العلاج النفسي بالمحادثة "التقليدي" تتيح نتائج هذه الأداة بالتنبؤ بنجاح العلاج (Eckert, 1974, 1976, 1980; Eckert, Bolz & Pfuhlmann, 1979).

كما طور إيكرت استبيان استقصاء ما بعد الجلسة للمعالجين، تتضمن بنوده عبارات مثل:

- "دارت الجلسة اليوم حول المحتويات نفسها".
- "أشعر بأني أدنى من المعالج بشكل ما".
- "لدي الانطباع بأن المتعالج لم يتقدم اليوم كثيرا".

3.1.2 استبيان بيلفيلد لخبرات المتعالجين

صمم هوغر وإيكرت في عام 1997 استبيان بيلفيلد لخبرات المتعالجين على أساس استبيان خبرات المتعالجين لإيكرت (1974). ويتكون من ستة مقاييس يتضمن كل منها أربعة بنود.

1- الانسجام مع المعالج، على سبيل المثال: "شعرت مع معالجي بأني في أيد أمينة"

2- الانسجام مع الذات في الجلسة، على سبيل المثال: "راودني الشعور في الجلسة اليوم بأني مكبوح داخليا".

3- خبرة التعديل، على سبيل المثال: "من خلال الجلسة اليوم توصلت إلى رؤية جدية لمشكلاتي".

4- خبرة الأمان الشخصي والاطمئنان، على سبيل المثال: " اكتسبت ثقة أكبر بنفسي من خلال هذه الجلسة".

5- خبرة التهدئة، على سبيل المثال: "من خلال جلسة اليوم أصبحت هادئا داخليا بشكل ما.

6- خبرة الاسترخاء الجسدي مقابل الإنهاك أو التعب، على سبيل المثال: "هذه الجلسة جعلتني جسديا أنشط وأكثر انشراحا".

3.2 مقاييس التقدير

تعد مقاييس التقدير أدوات أساسية لتحليل العملية: فهي تتيح القياس المباشر لمتغيرات العلاج في العملية العلاجية ومن ثم فهي تمكن من التفصيل المستمر لنموذج المتعالج. وبهذا فهي تمثل في العلاج النفسي بالمحادثة أدوات تشخيصية أساسية إذ أنها تتيح من خلالها الموائمة المستمرة للاستراتيجيات العلاجية مع عملية المعالجة Treatment Process المعنية.

ويمكن تقسيم مقاييس التقدير إلى مقاييس عامة ومقاييس جزيئية Global- and Micro-Analysis-Scales . وتقيس المقاييس العامة مقطعا أكبر من الجلسة العلاجية فيما يتعلق بالسمات. ويتم بعدئذ تحديد متوسط هذه السمات. أما مقاييس التحليل الجزيئية فتقيس سمات طروحات منفردة للمعالج أو المتعالج؛ فهي أساس التحليل التفريقي للتفاعل (قارن Langer & Schulz von Thun,1974)

3.2.1 مقاييس تقدير عامة

مقاييس التقدير العامة هي تلك التي تقدر مقطعا من الجلسة العلاجية بشكل عام وتلخيصي وشامل. وهذه المقاييس هي المقاييس الأولى التي تم تطويرها في العلاج النفسي بالمحادثة.

- **مقاييس تراوكس**

مقاييس تراوكس Truax-Scales هي أولى منظومات التقدير التي نشأت في إطار

الاتجاه القائم على التوضيح في العلاج النفسي بالمحادثة. وتهدف هذه المقاييس إلى قياس الشروط العلاجية التي افترضها روجرز (التعاطف، التقبل، الأصالة) وتصوير متغيرات المتعالج الأساسية: الاستقصاء أو السبر الذاتي Intra-personal-Exploration .

ومن أجل ذلك طور ترواكس سلسلة من المقاييس أمكن برهان موثوقيتها وصدقها إمبيريقيا (Tausch, Sander, Bastine, Freise & Nagel, 1970; Truax, 1963, 1966a, 1966b, 1966c; Truax & Mitchel, 1971). وتتوفر ترجمة لهذه المقاييس في اللغة الألمانية لتاوش ومجموعته (Tausch, 1973; Tausch, Zehelein, Fittkau & Minsel, 1967, 1969; Tausch, Eppel, Fittkau & Minsel, 1969a):

- الأصالة genuineness: ويقاس بهذا المقدار الذي كان فيها المعالج منسجما congruent (أصيلا)، أي خاليا من التناقض والتلاعب [الاستغلال] manipulation وما يشبه لك (Truax, 1962).

أطلقت على المقياس في الألمانية تسمية "الأصالة Echtheit" و"الانسجام الذاتي Selbstkongruenz". ويكون المعالج هنا عاليا في المقياس إذا كان هو نفسه بصورة حرة وعميقة في العلاقة، ومنفتحا على الخبرات ولا يبدي علامات من الدفاع" (Tausch, 1973, 130).

- الدفء غير الاستحواذي Non possessive Warmth: وهذا المقياس يقيس ميل المعالج لسحب تقييماته وتقبل المتعالج كشخص واحترامه (Truax, 1962b).

وقد أطلقت على الدفء غير الاستحواذي في اللغة الألمانية "التقدير الإيجابي والدفء الانفعالي". وهنا يحصل المعالج على قيمة عالية إذا أبدى "من دون قيود التقدير والاحترام غير المرتبط بشروط للمتعالج، وحقق رعاية عميقة وحقيقة، لا ترتبط بالمحتوى المطروق في تلك اللحظة" (Tausch, 1973, 117).

- التعاطف الصحيح accurate empathy: ويتم من خلال هذا المقياس الاستنتاج

إلى أي مدى يفهم المعالج المتعالج ويتبنى رؤية المتعالج ويستطيع تكييف نفسه مع المتعالج (Truax, 1961a).

وقد أطلقت على التعاطف الصحيح في الألمانية تسمية "التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية Verbalize emotional Experience Content "، ويحصل المعالج على قيمة عالية على هذا المقياس إذا فعل ما هو معطى على الدرجة 12: "التعبير من قبل المعالج بالصيغة الصحيحة لكل المحتويات الانفعالية الأساسية من الخبرة التي عبر عنها المتعالج" (Tausch, 1973, 82).

- السبر أو الاستقصاء الضمني Intrapersonal exploration والذي أطلقت عليه في الألمانية مقياس "السبر الذاتي Self-exploration". ويحصل المتعالج هنا على قيمة عالية عندما "يصف بإسهاب خبراته الداخلية الشخصية-النوعية ويجد مظاهر وارتباطات جديدة في خبرته" (Tausch, 1973, P. 244).

- **مقاييس كاركهوف-شفارتس**

حاول كراكهوف (Crakhuff, 1969a,1969b) قياس سمات سلوك المعالج والمتعالج بشكل أكثر تمايزا (تفصيلا) من أجل التمكن من القياس التفصيلي لمظاهر العملية. وقد تمت ترجمة هذه المقاييس من قبل شفارتس (Schwarz, 1975a, 1975b, 1980; Schwarz & Eckert, 1978) واختبرت إمبيريقيا.

وتتضمن مقاييس كاركهوف-شفارتس على جانب المعالج مظاهر:

- استطراد أو استمرار المعالج النفسي.
- المرونة في السلوك الكلامي.
- تكرار التطرق لمشاعر المتعالج من قبل المعالج.
- صحة تعابير المعالج.
- المرافقة الداخلية للمعالج.

- عدم وضوح مقولة المعالج.
- دقة صياغات المعالج.
- وضوح تعابير المعالج.

ومن جانب المتعالج يتم قياس مظاهر مثل:

- عدم تمايز (غموض) تعابير المتعالج.
- كثافة مواجهة المتعالج لنفسه.
- غياب التمثيل الذاتي المتمحور حول المشاعر.
- قرب المتعالج الانفعالي من تعابيره.
- عدم عفوية الكلام.
- تقبل المشاعر الذاتية.

- **مقياس الخبرة**

يرى غيندلاين (Gendlin, 1964, 1969, 1978,1990) عملية الخبرة Experiencing شرطا للتعديلات العلاجية البناءة. وتتألف هذه العملية من أن الشخص يواجه بكثافة خبرته الخاصة ويوضح في سياق ذلك المعاني غير الواضحة، التي تعبر عن نفسها من خلال الأحاسيس الجسدية body sensation (الإحساس بالأحاسيس felt senses).

وبخلاف مفهوم السبر الذاتي، والذي يتضمن بعض التقاطعات، يركز مفهوم الخبرة على التمثل الانفعالي، أي أنه يركز على التبأور Focusing والتوضيح للانفعالات الذاتية.

ويساعد مقياس الخبرة الذي ترجمه للألمانية داهوف وبومرت (Dahlhoff & Bommert, 1967, 1978) في وصف وقياس عملية الخبرة هذه. ويحصل المتعالج على درجات عالية على هذا المقياس إذا "كان يمتلك صورة واضحة عن خبرته الجارية مباشرة وقادرا على فهم أهمية الخبرة بالنسبة إلى نفسه ويستطيع أن يجعل هذه الخبرة

أساسا لتصرفه" (Dahlhof & Bommert, 1978, 4) (قارن أيضا Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994).

3.2.2 مقاييس التحليل الجزيئية micro analyses

بخلاف أدوات الاستقصاء العامة تهدف مقاييس التحليل الجزيئية للحصول على تحليلات تفريقية (تفصيلية) للعملية العلاجية وتفاعل المعالج-المتعالج. فهنا يتم التركيز على التفاعلات المنفردة أو مقولات المتعالج (Greenberg & Pinsof,1986) . وتتيح مقاييس التحليل الجزيئي للمعالج تقدير التأثيرات المباشرة للتدخلات المنفردة ومن ثم الحكم على فيما إذا كان المتعالج:

- يضع عروض معالجة treatment معينة موضوع التنفيذ.
- يحتاج مساعدات أخرى نوعية من المعالج لعملية التوضيح الخاصة به.
- يبدي أسلوبا خاصا في المعالجة (ميول تجنب منهجية على سبيل المثال).
- يحقق أشكالا خاصة من مشكلات التفاعل، ينبغي للمعالج أن يستجيب لها.

3.2.3 مقاييس كثافة الخبرة

تمثل مقاييس كثافة الخبرة Experience-Intensity-Scales لبفايفر (Pfeifer, 1975, 1976) من جانب المتعالج توليفا لمقياس السبر الذاتي والخبرة Self-exploration-and Experience-Scale وتقيس من جانب المعالج المقدار الذي يتطرق فيه المعالج إلى مظاهر التفاعل التي عبر المتعالج عنها (Bense, 1977). ويحصل المتعالج هنا على درجة عالية عندما يبدي "بشكل مستقل سبرا متقدما لخبرته الذاتية"؛ ويحصل المعالج على درجة عالية عندما يرافق المتعالج بحيث يتاح للمتعالج "السبر المتقدم لخبرته الذاتية". أما حسنات هذه المقاييس فتكمن في:

- أنها تتيح إجراء تحليل جزيئي من بناء مراتب المقاييس.
- أن مقاييس المتعالج والمعالج معتمدة على بعضها مضمونيا، بحيث يمكن إجراء تحليل للتفاعل.

أما عيوب هذه المقاييس فيكمن في أن مراتب مقاييس المعالج محددة بحيث أنها لا يمكن أن تقيس إلا ما يفعله المعالج كاستجابة للمتعالج؛ ولكنها لا تقيس ما الذي يستحثه المعالج في المتعالج: فمراتب المقاييس محددة بصورة استرجاعية retrospective وليس بصورة مستقبلية أو توقعية Prospective .

3.2.4 مقياس التمثل

طور ستايلس (Stiles;1992; Morrison, Haw, Harper, Shapiro & Firth-Conzen, 1988; Stiles, Meshot, Anderson & Sloan, 1989; Stiles, Elliot, Llewellyn, Firth, Margison, Shapiro & Hardy, 1990) ما يسمى بمقياس التمثل Assimilation-Scale. ويقيس المقدار الذي يواجه فيه المتعالج حتى الآن المضامين (التصويرات) المنكرة، السلبية، المؤلمة ويجعلها في بؤرة الاهتمام ويوضحها ويستوعب المضامين assimilation.

يتضمن المقياس ثمان مراحل، تم عرضها في جدول (2).

وهذه المعلومات مهمة جدا لبناء نموذج العلاج، لأن المعالج من خلال هذه المعرفة يستطيع التقرير كيف وبأي شكل عليه أن يدعم المعالج أو يستطيع فعل ذلك: هل عليه معالجة تجنبه، هل يمكنه أن يشجع التوضيح أم عليه أن يعمل بطريقة قائمة على الحل؟ ويقيس المقياس أين هو المتعالج الآن في لحظة معينة من العملية العلاجية: أما زال يتجنب المواجهة؟، هل يقوم بالتوضيح؟ أم يعمل على الحلول؟

3.2.5 مقاييس المعالجة (إعادة النظر)

لا تمثل الأساس النظري لمقاييس المعالجة Treatment-Scales المفاهيم النظرية العلاجية والنظرية المتعلقة بالاضطراب التي افترضها روجرز، بل أنها تقوم على الفهم العلم نفسي العام للعلاج، التي تؤكد بشكل خاص على عناصر من نظريات علم نفس اللغة (Hoermann, 1976) ونظريات الانفعال والدوافع في علم النفس (& Kuhl

explication (Sachse & [1] التوضيح وفق نظرية ووفق .(Eisenbeisser, 1986; Kuhl, 2001 (Maus, 1991; Sachse, 1992 فإن أحد أهداف العلاج النفسي بالمحادثة يكمن في تمكين المتعالج في مجرى العلاج من توضيح أهداف ودوافع تصويرات محددة مهمة بالنسبة إلى المشكلة، وتمثيلها (تصورها ذهنيا) representation وتعديلها. وتتألف هذه العملية من التوضيح من مراحل تمثل مختلفة (Toukmanian, 1990)، في سياق يواجه فيها المتعالج مهمات محددة tasks ويمر بمراحل مختلفة من تمثيلات التصويرات ومن ثم من تمثل الخبرات المؤلمة (Stiles, 1992).

ويساعد مقياس طريقة المعالجة بالنسبة إلى المتعالج في وصف عملية التوضيح Explication. وتمكن من استنتاج موضع المتعالج على واحدة من مراحل ثمانية ممكنة من مراحل التوضيح في لحظة محددة (قارن جدول 3).

جدول (2): مراحل التمثل Assimilation

المرحلة صفر	**الدفاع:** ينكر المتعالج مشكلة أو وجود تصويرات معينة (والتي تكون ملحوظة بشكل واضح بالنسبة إلى الملاحظ). الانفعال في الحد الأدنى بسبب التجنب الشديد.
المرحلة 1	**أفكار غير مرغوبة:** يمتلك المتعالج أفكار اقتحامية منبثقة عن تصويرة لا يريدها المتعالج والتي لا يريد مواجهتها أيضا. الانفعال يصبح أقوى إلا أن المتعالج لا يرى هذا على أنه مصدر مهم للمعلومات.

(1) التوضيح المفصل، الشرح، التفسير المنطقي، التحليل.

المرحلة 2	**وعي غامض:** يدرك المتعالجون وجود خبرات إشكالية، إلا أنهم غير قادرين بعد على تحديد المشكلة. ترتبط مع الوعي انفعالات شديدة.
المرحلة 3	**توضيح- المشكلة:** يواجه المتعالج المشكلة ويعالجها. يتم استخدام المشاعر كمعلومات؛ يواجه المتعالج هذه بشكل فاعل.
المرحلة 4	**الفهم:** يبدأ المتعالج بفهم خبراته وتصنيفها وربطها بتصويرات أخرى. الانفعال يصبح إيجابيا باطراد،
المرحلة 5	**التطبيق:** يعمق المتعالج فهمه. يفكر المتعالج بالتصرفات والحلول البديلة . المتعالج متحفز وفضولي وبناء.
المرحلة 6	**حل المشكلة:** يصل المتعالج لحلول نوعية للمشكلة؛ وهذا يولد مشاعر إيجابية ورضى. ويعمل على تعميمات لحلول المشكلات. يصبح الانفعال حياديا باطراد.
المرحلة 7	**التغلب:** يطبق المتعالج حلول المشكلات على مواقف جديدة . إنه لم يعد مرهقا. يصبح شاغله هنا الاعتياد على التصرفات الجديدة.

جدول (3): مراحل مقياس المعالجة Treatment للمتعالجين

المرحلة 1	لا توجد معالجة للمحتويات المهمة من المتعالج.
المرحلة 2	العقلنة[1] intellectualize: يطور المتعالج "نظريات" حول دوافعه وافتراضاته ... الخ، من دون أن يوضح هذه بالفعل.
المرحلة 3	تقرير حول الأحداث: يصف المتعالج ما حصل.
المرحلة 4	التقويم: يقوم المتعالج الأحداث، من دون إدراك نفسه كمصدر للتقويم.
المرحلة 5	التقويم الشخصي: يعتبر المتعالج نفسه مصدرا للتقويم.
المرحلة 6	الأهمية الشخصية: يركز المتعالج على أهمية أو معنى مشاعره الخاصة والانفعالات ونزوعات التصرف.
المرحلة 7	توضيح وإعادة بناء التصويرات: يعالج المتعالج تمثيلا للدوافع المهمة والتصويرات المهمة...الخ.
المرحلة 8	الدمج: يربط المتعالج التصويرات المتمثلة مع تصويرات أخرى.

وقد افترض كل من زاكسه وماوس (Sachse & Maus, 1991) أن عملية التوضيح الموصوفة أعلاه لا تعني للمتعالج مطلبا عاليا فحسب وإنما يمكنها أيضا أن تكون متناقضة في بعض الأحيان. يضاف إلى ذلك معارف من علم نفس اللغة (Hoermann, 1976) ، والتي ترجح الظن أن التدخلات العلاجية therapeutically Interventions يمكن أن تمارس تأثيرا موجها كبيرا على عمليات المعالجة Treatment عند المتعالج.

فإذا قام المرء بتوليف هذه المسلمات فإنه يمكن الاستنتاج أن العلاج الناجح الذي يتيح للمتعالجين معالجة المشكلات بشكل بناء لا يمكن أن يحصل إلا إذا قام المعالج

(1) إعطاء الشيء صفة عقلية منطقية.

بتنمية هذه المعالجة بشكل بناء واستثارها (قارن Sachse, 1992a, 1992b, 1992c, 2003a, 2003b; Sachse & Taken, 2003). وتطلق عل مثل هذه التداخلات التي تستثير أسلوب المتعالج في المعالجة treatment تسمية "عروض المعالجة Treatment offers". ويقيس مقياس عروض المعالجة على مراحل ثمانية وبالتوازي مع مقياس طريقة المعالجة فيما إذا كان المعالج يستثير المرحلة المطابقة لدى المتعالج (على سبيل المثال المرحلة 7: استثارة توضيح التصويرات المهمة).

وعلى الرغم من أن مقاييس المعالجة تفيد في قياس تدخلات المعالج منفردة وتحليل مقولات المتعالج، إلا أنها لا تقتصر على التحليل الجزيئي. فمن خلالها يمكن كذلك القيام بتقدير عام في شكل من التحليل الموسع Macro-analysis لسلسة أطول من العلاج. بالإضافة إلى ذلك فإن من ميزاتها أنها تتيح للفاحص إجراء تحليل للتفاعل. وهذا ممكن من خلال كون أبعاد مقياس المعالجة ومقياس عروض المعالجة متناسبان مع بعضيهما. وعليه يمكن مقارنة أفعال المعالج والمتعالج مع بعضها وفحص التأثير المتبادل على مستوى عملية جزيئية.

3.2.6 مقاييس بوخوم للمعالجة والعلاقة

على الرغم من أن مقاييس المعالجة ومقاييس أسلوب المعالج تمثل مكونا أساسيا للعملية العلاجية النفسية بالمحادثة، التي تقيس عمل التوضيح العلاجي، فهناك متغيرات كثيرة ذات تأثير واسع غير مأخوذة بعين الاعتبار، منها على سبيل المثال الرابطة العلاجية therapeutically alliance (كالثقة، تبني دور المريض على سبيل المثال)، والتشكيلات المعطوبة للعلاقة من خلال المتعالج وصعوبات المعالجة treatment difficulties (التجنب المنتظم لمواضيع مزعجة من جانب المريض على سبيل المثال). ويمكن اعتبار هذا على أنه عيب، ذلك أنه سواء النظرية (Sachse, 1997a; Swildens,1991) أم البحث الإمبيريقي (Sachse, 1994, 1995a, 2000b) ترجح الاستنتاج بأن المتعالجين يظهرون الصور المختلفة من الاضطراب، ولا يختلفون بين بعضهم في أعراضهم فحسب وإنما يبدون أشكالا

مختلفة من تشكيلات العلاقات ومن معالجة المشكلات. فبناء الرابطة العلاجية لدى المرضى الذين يعانون مما يسمى باضطرابات الشخصية على سبيل المثال يتشكل بصورة أشد إشكالية؛ ناهيك عن أن هؤلاء غالبا ما يبدون نمطا معطوبا من التفاعل (Sachse, 1997a). بالمقابل تحصل صعوبات في معالجة المشكلات لدى المرضى الذين يعانون من شكاوى نفسية جسدية، مثل مرض كرون Morbus Crohn أو التقرح القولوني Colitis ulcerous (Sachse,1997a).

ومن أجل تعيير التدخلات على مثل هذه المظاهر من العملية بمعنى الفاعلية التفريقية أو التكييفية، على المعالج أن يكون قادرا على تشخيص هذا الأمر في وقت مبكر. وهذا ما يتيحه المقياس الذي طوره زاكسه (Sachse, 1997a, 2001) والمعروف تحت اسم مقاييس بوخوم[1] للمعالجة والعلاقة Buchumer Treatment-and Relationship-Scales . ويمكن استخدام منظومة التقدير متعددة الأبعاد هذه على المستوى الجزيئي والواسع وتقيس المظاهر التالية:

- عوامل المعالجة المركزية لدى المتعالج (مثلا: فيما إذا كان المتعالج يحدد في عملية العلاج تكليفا بالعمل عموما)
- مظاهر معالجة المضمون (مثلا: فيما إذا كانت مقولات المتعالج ملموسة ومفهومة ومهمة)
- استراتيجيات التمثل غير المناسبة (مثل ميل المتعالج لكثير من مظاهر المشكلة معا)
- استراتيجيات التجنب عند المتعالجين (مثل: التهوين، التعميم، تعطيل أو حظر لمواضيع معينة).
- تفسيرات construction غير ملائمة للمشكلة (مثل: تفسيرات عدم قابلية المشكلة للحل).

---

(1) مدينة ألمانية.

- جودة العلاقة العلاجية أو مشكلات العلاقة العلاجية (محاولة المتعالج تحديد قواعد العلاج على سبيل المثال).
- الصورة والاستغاثة (على سبيل المثال محاولة المتعالج تقديم نفسه على أنه يائس ودفع المعالج لتولي المسؤولية).

وتتيح مقاييس بوخوم للمعالجة والعلاقة تحديد الصعوبات في المعالجة والعلاقة في وقت مبكر من العملية العلاجية، ويمكن برهانها إمبيريقيا أيضا. ففيما يتعلق بالصدق ظهر أن المتعالجين المشخصين على المحور الأول من الدي أس أم DSM (اضطرابات نفسية/ متلازمات نفسية)، يختلفون عن أولئك المشخصين على المحور الثاني (اضطرابات شخصية). بالإضافة إلى ذلك تمتلك المقاييس ثباتا عاليا بين المشخصين Inter-Rater-Reliability (قارن Sachse, 2000). وعليه فقد ظهر في محكات الصلاحية كما في الممارسة أن مقاييس بوخوم يمكنها أن تدعم المعالجين منذ الجلسة الثالثة في استخلاص الفاعلية التفريقية والتكييفية وبهذا تمكنهم من التصرف بشكل فاعل ومرن.

4. أساليب لتشخيص النجاح: تقويم نجاح العلاج

وهنا يتم القياس التشخيصي فاعلية العلاج النفسي بالمحادثة سواء بالمجمل أم في الحالة الفردية. ويفترض أن يتم تحديد نجاح العلاج بشكل عابر للعلاج وبشكل متعلق بالعلاج وبالاضطراب (Lambert, 1983; Schulte, 1993). وقد تم تطوير سلسلة من الأساليب الخاصة بالعلاج النفسي بالمحادثة تساعد في قياس نجاح العلاج.

4.1 استبيان تعديل الخبرة والسلوك

طور كل من تسيلكه وكوبف- مينيرت (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) تأسيسا على المفاهيم العلاجية النفسية بالمحادثة مقياس التعديل والخبرة والسلوك. وهنا يطلب

من المتعالج أن يقوم بذكر التعديلات النوعية، المعاشة في الفترة الواقعة بين بداية ونهاية العلاج، التي يمكن منها استخلاص المقدار الكلي للتغيرات الإيجابية أو السلبية.

4.2 قائمة كييل للأعراض الحساسة للتعديل

صمم تسيلكه (1979) قائمة كييل للأعراض الحساسة للتعديل استنادا إلى البناءات الهدف للعلاج النفسي بالمحادثة أيضا، تتألف من خمسين بندا تشمل سبعة مقاييس "اضطرابات الاتصال الاجتماعي"، "اضطرابات المزاج"، "الصعوبات المهنية"، "اضطرابات التركيز والإنجاز"، "إرهاقات الأعراض"، "الحساسية Sensitivity " "والكثافة Intensity". ويهدف هذا المقياس أيضا إلى تصوير التأثيرات العلاجية الظاهرة بين فترتين زمنيتين. ومن أجل إتاحة الفرصة لإجراء مقارنة بين فردية Inter-individual لنتائج المقياس واختبار الدلالة، يتم عند تقدير قيم التغير "الحقيقية" أخذ درجة ارتفاع قيم المنطلق عند المتعالج بعين الاعتبار (اختبار لورد ماكنيمار Lord-Mcnemar-Test).

4.3 مسح المشاعر والاستجابات والقناعات

تشكل نظرية روجرز في الشخصية أساس مقياس مسح المشاعر والاستجابات والقناعات Feelings, Reactions and Beliefs Survey لكارترايت ومجموعته (Cartwright et al., 1991). ومنذ عام 1995 تتوفر نسخة ألمانية مطورة ومختبرة إحصائيا لهوغر Hoerger. ويفترض لمسح المشاعر والاستجابات والقناعات أن يصور الأبعاد المهمة "للشخص الشغال بالكامل Fully functioning person" ويشمل المظاهر التالية:

1- تركيز الانتباه الواعي focusing conscious attention: القدرة على التمكن من التركيز على مجال من الموضوع تحت الضغط.

2- الانفتاح للشعور في العلاقات openness to feeling in relationships: التعبير عن المشاعر في العلاقات؛ الحساسية (القدرة على الإحساس) والتفهم تجاه الآخر.

3- الثقة بالنفس: ثقة الشخص بذاته؛ الثقة بالأحكام الذاتية وتقويمات الخبرات.

4- الشخص الشغال بالكامل fully functioning person: الصد القليل للمشاعر؛ مقدار عال من احترام الذات والآخرين.

5- الشعور بعدم الراحة مع الناس feeling uncomfortable with people: مشاعر عدم الأمان في حضور الآخرين.

6- مقاومة الشعور بالنقص struggling with feeling of inferiority : الشك بالذات والخوف من التبخيس.

4.4 استبيان تقبل الذات

قام استبيان تقبل الذات لسوريمبه وفيستهوف (Sorembe & Westhoff, 1985) على أساس مقياس تقبل الذات Self-acceptance Scale لبيرغر (Berger, 1952) ، المبني على أساس نظرية روجرز في الشخصية. ويهدف المقياس إلى قياس تقبل الذات والمقدار الذي يشعر فيه الشخص بأنه مقبول من الآخرين. فتقبل الذات يعد من السمات الهدف الأساسية في العلاج النفسي بالمحادثة، ومظاهر قيمة الذات وتنشيط الموارد الشخصية أو "تحقيق الشخص actualization of person " تحتل مركز العمل العلاجي. وكما هو متوقع يتم برهان ارتفاع تقبل الذات كتأثير علاجي إيجابي (Sachse, 1997).

وفيما يلي من الحديث سوف نقوم بعرض أدوات طورت بشكل خاص في الإطار المفاهيمي للعلاج النفسي بالمحادثة، ولكنها تعد في الوقت نفسه أدوات غير خاصة بهذا النوع من العلاج.

4.5 مقياس وعي الذات

على الرغم من أن مقياس وعي الذات Self-consciousness-Scale لفينغشتاين ومجموعته (Fenigstein et al., 1975) قد طور خارج إطار البحث العلاجي النفسي بالمحادثة غير أنه يتيح قياس تأثيرات نوعية للعلاج النفسي بالمحادثة. ويتوفر لها تعديل ألماني من

هاينيمان (Heinemeann,1979). ويقيس كقياس وعي الذات الخاص المقدار الذي يوجه فيه الشخص انتباهه بشكل اعتيادي إلى مظاهر داخلية من الذات كالدوافع والأهداف وعمليات الجسد. وهنا يتم الافتراض بأن المقدار المنخفض من الانشغال بالذات يمكن أن يقود إلى عواقب سلبية على شكل اضطراب تنظيم ذاتي. ومن ناحية أخرى يمكن "للتمركز الذاتي" الواضح بشكل متطرف أن يعيق التفاعل البناء مع المحيط. وبهذا تعد الدرجة المتوسطة من مواجهة الإنسان لنفسه الطريق الملائم (Sachse, 1995a). وبالفعل يمكن برهان مثل هذه التأثيرات العلاجية (Sachse, 1997b).

ويقيس المقياس الثاني من مقياس الوعي الذاتي، الوعي الذاتي العام، أي مقدار التوجه الخارجي. والأشخاص الذين يحصلون على قيم عالية على هذا المقياس ينشغلون بشكل أشد بملائمة المطالب من الخارج والانتباه للكيفية التي يؤثرون فيها على الآخرين.

ومن خلال العلاج النفسي بالمحادثة الذي من أهدافه دعم قيمة الذات والاستقلالية وتنظيم الذات، يفترض يتم خفض مقدار التوجه الخارجي بشكل مناسب، وهذا ما تم برهانه إمبيريقيا (Sachse, 1995b, 1997b) .

4.6 مقياس قناعات الضبط

طور كرامبن (Krampen,1981) مقياس قناعات الضبط (مركز الضبط) عن استبيان لليفينسون (Levenson, 1972). وهذا المقياس لم ينشأ أيضا على أساس مفهوم العلاج النفسي بالمحادثة وإنما على أساس مفهوم نظري لروتر ويهدف إلى قياس قناعات الضبط عند الشخص. وهذه القناعات يمكن أن تتكون من أن الشخص يدرك نفسه على أنها مدير حياته وأحداثه الحياتية (قناعات داخلية، أو ضبط داخلي Internal) أو يعزو الضبط للناس الآخرين (الشخص Person) أو للصدفة (الحظ Chance). ويمكن استخدام هذه الأداة للحصول على معلومات خاصة بالفاعلية العلاجية النفسية بالمحادثة لأنه

يهدف إلى رفع التنظيم الذاتي للفرد، أي تنمية المنظور الداخلي والموارد الذاتية واتخاذ القرار. وبالتالي يفترض للعلاج النفسي بالمحادثة أن يرفع من إمكانات الضبط الذاتي تقدير الشخص لسيطرة التأثيرات الخارجية عليه. وقد تم برهان رفع قناعات الضبط الداخلية في الدراسة البيرنية[1] بوضوح (Grawe et al., 1990).

5. خلاصة ومنظور

في حين لم يكن للتشخيص في العلاج النفسي "التقليدي" بالمحادثة دورا أساسيا، ازداد دوره باطراد في سياق تمايز وتفريد الأساليب العلاجية بالمحادثة. ويمكن للتشخيص في إطار المبادئ العلاجية النفسية بالمحادثة "غير التقليدية" أن يتولى ست وظائف: تشخيص المدخل، قياس النجاح، وظيفة البحث، وظيفة الفاعلية، تصميم النموذج، وظيفة ضمان الجودة. وعلى الرغم من أن قياس الوضع أو الحالة Status-Diagnostic أيضا يستخدم بأشكال متنوعة على شكل قياس المدخل والنجاح، فإن تشخيص العملية الذي يهتم بسمات بخصائص العملية العلاجية يشكل مجال العلاج النفسي بالمحادثة. وهو ما يتم القيام به من خلال استبيانات الاستقصاء البعدي (مثل استبيان إيكرت، واستبيان بييلفيلد لخبرات المتعالجين) ومقاييس التقدير.

وتوجد مقاييس تقدير عامة (مثل مقياس تراواكس، ومقياس الخبرة على سبيل المثال)، التي تتلخص مقاطع من جلسة علاجية بشكل شمولي، كما يتم استخدام مقاييس تحليل جزيئي (مثل مقاييس كثافة الخبرة، ومقياس التمثل، ومقياس المعالجة على سبيل المثال)، التي تستند إلى مقولات وتدخلات منفردة. وفي تشخيص النجاح يمكن قياس أثر العلاج النفسي بالمحادثة سواء بشكل عام أم بشكل خاص. وتساعد هنا الأساليب المطورة في مجال العلاج النفسي بالمحادثة (مثل قائمة كييل الحساسة

---

(1) نسبة إلى مدينة بيرن الألمانية.

للتغير، مسح المشاعر والاستجابات والقناعات على سبيل المثال)، التي تقيس متغيرات نوعية من أهداف هذا العلاج، كما يمكن استخدام استبيانات أخرى مطورة في ميادين أخرى مثل (مقياس وعي الذات، مقياس قناعات الضبط [مركز الضبط]، التي تقيس بناءات مهمة في العلاج النفسي بالمحادثة.

صفحة زوجية فارغة

8- التشخيص القائم على التوجهات التحليلية النفسية

بيرنهارد شتراوس Bernhard Strauss

1- أسس التشخيص القائم على التوجهات التحليلية النفسية
2- رواد المبادئ الحديثة للتشخيص السيكوديناميكي
3- المقابلات والجلسات العلاجية كأساس أولي لاتخاذ القرارات التشخيصية
4- أهداف وطرق التشخيص ذو التوجه التحليلي
4.1 منظومات التشخيص القائمة على الممارسة
4.2 الطرق ذات التوجه البحثي للتشخيص القائم على التوجهات التحليلية النفسية
4.3 التشخيص التحليلي النفسي القائم على أهداف العلاج
5- خلاصة ومنظور

1. أسس التشخيص القائم على التحليل النفسي

لم يكن التشخيص المنهجي في بداية التحليل النفسي موضوعا أساسيا. فقد كان فرويد (1909) يرى أنه لابد للتشخيص أن يأتي لاحقا في التحليل النفسي، ذلك أنه يفترض أن يتم الحكم على المرضى أو المرشحين بعد أن يكون قد تمت "دراستهم تحليلا" بعد بضع أسابيع أو أشهر. "نحن نشتري القطة في الكيس بالفعل" (ص 167). ويروى عن فرويد أنه قد كان يقدر في كل الأحوال المآل وضغط المعاناة عند متعالجيه الخاضعين للتحليل ويحاول استبعاد الذهانات، وفيما عدا ذلك كانت المحكات الذاتية مهمة بالنسبة إليه، كالموثوقية واللباقة والاستلطاف (Schuessler, 2000).

يحصل التشخيص في التحليل النفسي أساسا على خلفية البناءات العلم نفس تأملية[1] المعقدة complex meta psychological Constructs وعلم الأمراض، الذي يتم فيه تفضيل - حسب التوجه النظري- نماذج مختلفة لنشوء الباثولوجيا المرضية (على سبيل المثال: نماذج صراعات الدافع أو النماذج النمائية أو نماذج صراعات العلاقة؛ قارن (Mertens, 2000, 2005)[2].

وبالتالي فإن التشخيص التحليلي النفسي أو الديناميكي النفسي يمتد لأبعد من التشخيص الظواهري النسولوجي[3]nosology، كما هو الحال على سبيل المثال في الدي أس أم الرابع DSM-IV-TR أو الآي سي دي العاشر ICD-10 (قارن Jacobson & Cooper, 1994). وعلى الرغم من أنه قد تم انتقاد تحديدات هذا النوع من التشخيصات مرارا وتكرارا، فإنه لم يتمكن الباحثون ذوي التوجه التحليلي النفسي من مقاومة المفاهيم التشخيصية المسندة ذات التوجه الإجرائي لفترة طويلة إلا بصورة قليلة. وقد تم ويتم تصعيب هذا الأمر من خلال:

- التقاليد المذكورة أعلاه،
- التركيز السائد في التحليل النفسي على الوصف التشخيصي،
- تأرجحهم بين التأويل hermeneutic والعلم الإمبيريقي أو الريبة المرتبطة بالتقاليد ضد مبادئ البحث الإمبيريقي،
- عدم الدقة والازدواجية القائمة في كثير من الأوجه للاصطلاحات التحليلية النفسية،

---

(1) علم النفس التأملي هو العلم الذي يسعى إلى إكمال الحقائق النفسية القائمة على الملاحظة والاختبار بالتأمل في العلاقة بين العمليات النفسية والجسمية.

(2) قارن كذلك ممارسة العلاج النفسي: الأسس النظرية للعلاج السلوكي والتحليل النفسي (للمترجم) - دار الكتاب الجامعي.

(3) علم تصنيف الأمراض، مصطلح يستخدم في البيولوجيا.

- قلة الاتفاق المرتبط بذلك لمفاهيم الحالة الإكلينيكية التي يمكن توضيحها من خلال ضرورة استخدام المادة اللاشعورية بشكل غالب في المفاهيم (Mayer, 1992; Strauss & Burgmeiner-Lohse, 1995; Williams, 1999a,b).

وأخيرا وبسبب ضغط تبرير فاعليته فقد تطور في العالم السيكوديناميكي فيما يتعلق بالمفاهيم التشخيصية في السنوات الأخيرة الكثير من مفاهيم (تصورات) التشخيص القائمة على أساس المفاهيم السابقة، التي ما زالت غير ناضجة كثيرا. وقد أسهم بشكل خاص بحث العلاج النفسي التحليلي النفسي في هذا التطور، وبهذا فليس من المفاجئ بأن نشأت خروقات في إدخال المفاهيم التشخيصية المنهجية وبشكل غالب في سياق مجموعات البحث (Laireiter, 2000).

2. رواد المبادئ الحديثة للتشخيص التحليلي النفسي

تعد محاولة آنا فرويد (1962) في تصميم "دليل-هامبستيت Hampstead-Index"، الذي يهدف أساسا إلى تحديد درجة نضج الشخصية على أساس الأعراض ونمو الدافع ووظائف الأنا وبنية الأنا الأعلى والتثبيتات وميول النكوص، إحدى أولى المحاولات لجعل النتائج النفسية الديناميكية منهجية. وضمن هذا التقليد يقع أيضا النموذج الذي طوره بلانك وبلانك (Blank & Blank, 1974) حول التشخيص الوصفي للنمو الذي تم فيه تصنيف فئات نمو الأنا بشكل أساسي على أساس وظائف الأنا (الدفاع وإدراك الواقع على سبيل المثال). وحاول عدد من الباحثين تنظيم المعلومات التشخيصية التي تم الحصول عليها من المقابلات التحليلية النفسية وتصنيفها (مثال ذلك Bailant & Bailant, 1961) أو تنظيم متغيرات الملاحظة في فئات. ومن بين ذلك يمكن الإشارة إلى دليل آليات الدفاع على سبيل المثال، الذي طوره كل من بيبرنغ ودواير وهنتنغتون وفالستاين (Bibring, Dwyer, Huntington &Valenstein, 1961) في إطار دراسة حول علاقة-الأم-الطفل الباكرة. كما تم في إطار دراسة مينينغر (Meninnger Study) (قارن

Wsllerstein, 1986) تطوير طريقة شاملة لتقويم "القدرات العلم نفسية"، التي تستخدم أيضا منذ وقت قصير في المحيط الناطق بالألمانية (قارن أدناه). وعلى الرغم من أن غالبية طرق التشخيص التحليلي النفسي المنهجي التي طورت ضمن إطار تقاليد آنا فرويد تحاول جعل النتائج منهجية، إلا أنها ما زالت بعيدة عن الإجرائية operationalization. والخطوة في سبيل ذلك تمت في مبادئ أشمل مثل بروفيل كارولينسكا السيكو ديناميكي Karolinska psychodynamic Profile الذي يرمز له اختصارا ;KAPP) Weinrayb & Roessel, 1991) أو التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي Operationalize Psychodynamic Diagnostic الذي يرمز له اختصارا (OPD) (لمجموعة عمل التشخيص النفسي الإجرائي، 1996، 2006)، التي سيتم وصفها أدناه، والمبادئ التشخيصية المشتقة من أبحاث العلاج النفسي التحليلية النفسية (قارن على سبيل المثال ,Miller, Luborsky Barber &Docherty, 1994; Fonagy, 1999).

3. المقابلات والجلسات العلاجية كأساس أولي لاتخاذ القرارات التشخيصية

تشكل المقابلة التشخيصية أو المقابلات التشخيصية المتعددة أو الجلسات العلاجية أساس المحاولات الموصوفة للتوثيق المنهجي وتقويم المعلومات التشخيصية في العلاج السيكوديناميكي. وتقترن الأهمية المركزية لبناء النقل وتحليله، أي "لنتاج التفاعل" بهذا (Mertens, 2000). وعلى الرغم من أنه في هذه الأثناء يتوفر الكثير من الاستبيانات أو الطرق المعيرة القابلة للمقارنة القائمة على البناءات التحليلية النفسية، إلا أنها لم ترسخ بعد في الروتين الإكلينيكي. وتقوم الأدوات الاستبيانية بشكل أساسي على مفاهيم الشخصية (السيكوديناميكية)، مثل اختبار غيسن Giessen Test لرشتر وبريلر ورشتر (Richter, Blaehler & Richter, 1991) ، ومقياس النرجسية Narcissism Inventory لدينكه وهيلينستوك (Denke & Hilgenstock, 1989) واستبيان الطبع التحليلي النفسي Psychoanalytically Character Quaternary (ماير، غير منشور)، ومقياس تنظيم الشخصية Inventory of Personality Organization (لدامان Dammann, 2002)، أو على قياس

آليات الدفاع واستراتيجيات مواجهة الصراعات (على سبيل المثال استخبار أسلوب الدفاع Defense Style Questionnaire; Bond, 1986 ، ومقياس تقدير آليات الدفاع (Defense Mechanism Rating Scales; Perry & Cooper, 1989).

ويعرض جدول (1) تلخيصا للمبادئ المختلفة للمقابلة التشخيصية الأولى (أو المقابلات التشخيصية) التي تم وصفها في المراجع التحليلية النفسية والتي تضع نصب عينيها أهدافا وتركيزات مختلفة. كما يقدم الجدول كذلك بشكل أساسي طرق المقابلة المطورة لأغراض البحث (مثل مقابلة ارتباط الراشدين ونموذج حكاية العلاقة) التي لم يتم بالأساس تطويرها كتشخيصات تحليلية نفسية، إلا أنها في النهاية تتطرق لبناءات ديناميكية نفسية.

جدول (1): الأشكال المختلفة للمقابلات التشخيصية التحليلية النفسية (استنادا إلى شلوسر Schluesser,2000)

الطريقة	البؤرة التشخيصية	التقنية
المقابلة الطبية النفسية وفق سوليفان	السلوك البين شخصي، توقعات المريض، الانفعالات التبادلية reciprocal	الاستقصاء المبني لخبرة الظروف الحياتية الراهنة وتاريخ الحياة
المقابلة الديناميكية وفق غيل Gill	العلاقة بين المعالج والمريض كمؤشر على ظواهر النقل	جلسة غير مبنية يوجهها المريض
المقابلة التشخيصية لبالينت وبالينت	العلاقة بين الفاحص والمريض	مقابلة غير مبنية إلى مدى بعيد ضمن بناء علاقة "مثمرة"
السيرة المرضية anamneses (لآدلر وهملر على سبيل المثال	الأسباب البيولوجية- النفسية- الاجتماعية للمرض	التركيز على المعاناة الجسدية والنفسية، الوضع التاريخ حياتي والاجتماعي.

الطريقة	البؤرة التشخيصية	التقنية
المقابلة التحليلية النفسية الأولى وفق آرغلاندر	الصراعات البين نفسية	الملاحظة الدقيقة للمعلومات السيناروهية في إطار المقابلة.
السيرة المرضية التاريخ حياتية من وجهات نظر تحليلية نفسية وفق دورسن	أعطاب وصراعات النمو في مجرى الحياة	استقصاء نصف مبني لتاريخ الحياة مع ربط للمعلومات الراهنة (هنا والآن) مع المعلومات التاريخ حياتية (هناك وفي ذلك الوقت)
مقابلة مقياس السعة النفسية ولوالرستاين Scales of psychological Cabacities Interview (Wallerstein)	القدرات النفسية استنادا إلى بناء البنية النفسية Construct of psychic Structure	استقصاء نصف مبني مع أسئلة هادفة حول سبعة عشر مجالا مختلفا، مثل التفاؤلية والمسؤولية والارتباط في العلاقة ...الخ.
المقابلة المبنية وفق كيرنبيرغ	تنظيم الشخصية (ذهانية، حدودية، عصابية)	مقابلة نصف مبنية مع التركيز على الصراعات والأعراض والمشكلات التفاعلية
نموذج حكاية العلاقة للبورسكي Relationship Anecdote Paradigm(Luborsky)	الصراع المركزي للعلاقة	استقصاء هادف لأطوار كثيرة قدر الإمكان من العلاقة
مقابلة تعلق الراشدين Ages Attachment Interview (ماين وغولدواين Main & Goldwyn)	تمثيلات الارتباط	مقابلة مبنية لخبرات العلاقة الباكرة

الطريقة	البؤرة التشخيصية	التقنية
المقابلة التشخيصية في إطار التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي	محاور تشخيصية للمقابلة التشخيصية السيكوديناميكية (علم الأمراض، الصراع، البنية، العلاقة)	مقابلة تشخيصية نصف مبنية
المقابلة المبنية حول تنظيم الشخصية (ستيرن ومجموعته، 2005) Structured Interview for Personality organization (Stern et al., 2005)	تنظيم الشخصية وفق نموذج كيرنبيرغ	مقابلة مبنية حول مظاهر الهوية ونوعية علاقة الموضوع والدفاع واختبار الواقع والعدوانية والقيم الأخلاقية.

4. أهداف وطرق التشخيص ذات التوجه التحليلي النفسي

يرى كل من هيرني وستروب وشاخت وغاستون (1994) أنه يفترض للتشخيص أو "الصياغة" السيكوديناميكية في الحالة المثالية أن تراعي وتدمج ثلاثة مستويات تكاملية:

- المشكلات الشعورية الملموسة
- الأنماط الإشكالية المتكررة
- مبادئ أو عمليات التنظيم اللاشعورية.

وسوف نقوم فيما يلي بوصف بعض الطرق التي تحاول – على الأقل على مستويات منتقاة- أن تحقق هذا المطلب. وهنا يتم التفريق بين المبادئ التشخيصية المطورة على أساس الممارسة العلاجية أساسا وبين المبادئ التي نشأت بالأصل في السياق البحثي.

4.1 منظومات التشخيص القائمة على الممارسة

يمثل التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي لفاينرايب وروسل (Weinryb & Roessel, 1991) واحدة من المنظومات الشاملة المطورة عن بروفيل كارولينسكا السيكوديناميكي Karolinska Psychodynamic Profile الذي يرمز له اختصارا (KAAP). ويعد بروفيل كارولينسكا السيكوديناميكي مقياس تقدير منهجي يقوم بإجراء تقويمات قائمة على المقابلة على ثمانية عشر مقياس فرعي، تشمل المظاهر التالية: نوعية العلاقة البين شخصية، (الحميمية والارتباط، التعلق والانفصال، سمات الشخصية المسيطرة)، والمظاهر الخاصة للشغل النفسي (تحمل الإحباط، ضبط الدافع، النكوص في خدمة الأنا، التعامل مع الانفعالات العدوانية)، تمايز الانفعالات فيما يتعلق بالخبرة والتعبير (سمات التكتم Alexithyme، السمات الطلائعية المرضية)، وأهمية الجسد كمظهر من مشاعر القيمة الذاتية، إدراك الوظائف الجسدية وأهميتها بالنسبة إلى مفهوم الذات، الصورة الراهنة للجسد)، والجنسية (الوظائف الجنسية، الرضا الجنسي)، الرؤية الفردية للأهمية الذاتية (الشعور بالانتماء والإحساس بأن الآخرين محتاجين له، المدخل للنصيحة والمساعدة) وتقدير تنظيم الطبع أو الشخصية. وبالنسبة إلى كل مقياس من مقاييس بروفيل كارولينسكا السيكوديناميكي تم تحديد السمات التي ينبغي قياسها، بالإضافة إلى ذلك تم وصف درجة الوضوح بالنسبة إلى ثلاث درجات من المقاييس المكونة من خمس درجات، حيث يمثل في كل مرة قطب المقياس الدرجة "السوية" والدرجة "الأقل سواء". ويتم التقدير على أساس مقابلة تشبه المقابلة المبنية حسب كيرنبيرغ (قارن جدول 1). ويوجد عدد كبير من الترجمات لبروفيل كارولينسكا السيكوديناميكي وأثبت صلاحيته في عدد من الدراسات كأداة موثوقة وصادقة بصورة مقبولة فيما يتعلق بالتفريق بين مجموعات مرضية مختلفة والتنبؤ بنتائج العلاج.

ويقع التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي الذي تم تطويره في ألمانيا من مجموعة عمل شاملة لألمانيا (مجموعة عمل التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي، 1996،

2001، 2006) ضمن هذا التقليد، وتحتل في الممارسة التحليلية النفسية أهمية مطردة. ويمثل التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي محاولة "من أجل زيادة الوضوح والدقة من دون خلع المفهوم من الشكل الديناميكي" (2 21/ 22).ويسترشد التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي بالتشخيص وفق الآي سي دي العاشر ويحاول إكمال هذا بالتشخيص التفريقي القائم على أساس المحكات البحثية للاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية (بما في ذلك الاختلاطية) التي تم وصفها بشكل غير كاف في الآي سي دي العاشر (المحور الخامس) ومن خلال الوصف الإجرائي للبناءات السيكوديناميكية وخبرة المرض (المحور الأول) وتشخيص العلاقة (المحور الثاني)، وتشخيص الصراعات (المحور الثالث) والبنية (المحور الرابع). وفي الإجرائية توصف - في صيغة مبسطة جدا وقابلة للاستخدام العملي- المفاهيم الطرائقية التي ترسخت في السنوات الأخيرة في أبحاث العلاج النفسي التحليلي النفسي. ويشمل جدول (2) تلخيصا للمجالات الجزئية للتشخيص السيكوديناميكي الإجرائي. وتوجد في هذه الأثناء حول التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي سلسلة من الخبرات التطبيقية، تؤكد على موثوقية وصدق المنظومة. ويتم تقويم فئات التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي كما هو الحال في مقاييس بروفيل كارولينسكا السيكوديناميكي على أساس مقابلة سيكوديناميكية مفصلة وزعت فيه أسئلة نوعية حول المظاهر المنفردة للتشخيص. ويتطلب استخدام التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي في العادة التدريب، والذي يتم تقديمه من مجموعة العمل في أماكن كثيرة.

ومؤخرا تم إعداد متغيرة قائمة على أساس التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي من التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي في سن الطفولة واليفوع (2003) تم فيه التحديد المفصل للعمليات السيكوديناميكية في سياق الاضطرابات في سن الطفولة واليفوع. ومنظومة التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي للأطفال واليافعين هي منظومة متعددة المحاور أيضا، تضم محاور "العلاقة"، "الصراع"، "البنية النفسية" و"شروط

جدول (2): محاور وأبعاد التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي

المحور	البعد
i. المرض وشروط العلاج	• شدة الاضطراب الجسدي أو النفسي • ضغط المعاناة أو خبرة الألم (تضرر خبرة الذات، المكسب الثانوي للمرض، مدى تناسب التضرر الذاتي) • توقعات العلاج والاستعداد لتقبله (القدرة على الاستبصار في العلاقات السيكوديناميكية أو النفسية الجسدية أو الجسدية النفسية، تقدير شكل العلاج المناسب، الدافعية للعلاج، الدافع للعلاج الجسدي، المطاوعة) • الموارد (الاندماج الاجتماعي النفسي، القابلية للإرهاق، الموارد الاجتماعية والدعم).
ii. العلاقة	• سلوك العلاقة المعتاد • الاستجابات النمطية للآخرين على سلوك العلاقة
iii. الصراع	• التعلقية مقابل الاستقلالية • الخضوع مقابل الضبط • الرعاية مقابل الاكتفاء الذاتي autarky • صراعات قيمة الذات • صراعات الذنب • الصراعات الجنسية-الأوديبية • صراعات الهوية • الصراع المقيد - وإدراك المشاعر
iv. البنية	• القدرة على إدراك الذات • القدرة على توجيه الذات • القدرة على الدفاع

المحور	البعد
	• القدرة على إدراك الموضوع • القدرة على التواصل • القدرة على الارتباط • التقدير الكلي
v. الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية	• تشخيص الاضطرابات النفسية • تشخيص اضطرابات الشخصية • الأمراض الجسدية

المعالجة" بشكل تفصيلي. وتمثل الأداة إكمالا لمستوى Standard تصويرة التصنيف متعددة المحاور الرائجة في الطب النفسي للأطفال أو العلاج النفسي للأطفال واليافعين (multi axis Classification Schema; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001).

وفي المجال الحدودي بين الاستخدام في الممارسة الإكلينيكية والبحث الإكلينيكي توجد طريقتان تشخيصيتان آخرتان ذات خلفية تحليلية نفسية، متوفرتان مؤخرا باللغة الألمانية، وهما المقابلة المبنية لتنظيم الشخصية ومقاييس الكفاءات العلاجية وهي النسخة الألمانية من مقاييس القدرات النفسية Scales of Psychological Capacities التي أعدها بالأصل دي وايت ومايبراث ووالرستاين (Witt, Milbrath & Wallerstein, 1999) كمقياس للتغيرات البنيوية في إطار مشروع العلاج النفسي لمؤسسة مينننغر Menninger Foundation. فبالاعتماد على مقابلة نصف مبنية يتم بوساطة مقاييس القدرات النفسية Scales of Psychological Capacities تقدير درجات سبع عشرة "مهارة" نفسية ذات أهمية بالنسبة إلى البنية (الأمل، متعة الحياة، عزو المسؤولية، المرونة، العناد، الارتباط بالمعايير والقيم، الارتباط في العلاقات، التبادلية، الثقة، التعاطف، تنظيم الانفعالات، تنظيم النزوعات، التعامل مع الخبرات الجنسية، توكيد الذات، إمكانية

الاعتماد على الذات والآخرين، احترام الذات، تماسك الذات). ويتوفر بالنسبة إلى التعديل الألماني دليل لها (Huber, Klug & Wallerstein, 2006)؛ كما تم اختبار النسخة الألمانية في هذه الأثناء ويتم استخدامها على سبيل المثال في مشروع بحث واسع في العلاج النفسي السيكوديناميكي في الاضطرابات الاكتئابية (Huber, 2002; Huber & Klug, 2005).

وتسترشد المقابلة المبنية لتنظيم الشخصية (Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2002; Stern, Caligor, Kernberg & Clarkion, 2004; Stern, Caligor & Clarkin, 2005) بنموذج تنظيم الشخصية الذي طوره كيرنبيرغ (1996) ويمثل تطويرا للمقابلة المبنية (Kernberg, 1981). وهي تجيز إجراء تقويم بنيوي/ فئوي Structural\Categorical وبعدي Dimensional للشخصية. فمن الناحية البنيوية يتم ترتيب تنظيم الشخصية وفقا لنموذج كيرنبيرغ ضمن مجالات عادي وعصابي وحدودي؛ أما التقويمات البعدية فينبغي إجرائها للمجالات التي تمثل بالنسبة إلى النموذج الأبعاد الأساسية لتنظيم الشخصية، أي تكامل الهوية Integration of Identity ونوعية علاقات الموضوع وآليات الدفاع وإدراك الواقع وتكامل الأنا الأعلى، والتي تم تحديدها إجرائيا في المقابلة من خلال نوعية العدوان والقيم الأخلاقية.

4.2 الطرق ذات التوجه البحثي للتشخيص القائم على التوجهات التحليلية النفسية

إذا استرشدنا بالتقسيم الثلاثي المذكور أعلاه لمستويات التشخيص التحليلي النفسي (Henry et al., 1994)، فإنه يمكن عندئذ في سياق "المشكلات الشعورية الملموسة" الإشارة إلى الأدوات الإكلينيكية، التي تستخدم في المبادئ العلاجية الأخرى أيضا، وتم عرضها بالتفصيل في أماكن أخرى من هذا الكتاب. ويلخص جدول (3) بعض الطرق من أبحاث العلاج النفسي- التحليلي النفسي، التي تستند على المستويين

الآخرين، أي الأنماط الإشكالية المتكررة للسلوك (وبشكل خاص سلوك العلاقة) ومبادئ أو عمليات التنظيم اللاشعوري. وسوف نقوم فيما يلي من الحديث بعرض بعض الطرق المعروضة في الجدول (3) باختصار.

4.2.1 طرق قياس أنماط السلوك المتكررة

موضوع صراع العلاقة الأساسي Central Relationship Conflict Theme

تم وصف هذا الأجراء الذي يعد من أكثر الإجراءات رسوخا في قياس أنماط العلاقة المركزية للمرضى من خلال المادة الإكلينيكية للمرة الأولى من لوبورسكي (Luborsky, 1977)[1].

فمن خلال مقاطع من المقابلة الأولى أو الجلسة العلاجية أو كليهما يتم بداية تحديد مراحل أو أطوار العلاقة، أي القصص narrative التي محتواها خبرات ملموسة للعلاقة (مثل هذه القصص أو الحكايات يمكن أن يتم استخلاصها – بشكل قسري forced إلى حد ما– من خلال نموذج طور العلاقة Relationship Episode Paradigm المذكور في جدول (1)). وفي خطوة تالية يتم فحص أطوار العلاقة بناء على ماهية الرغبات المتضمنة في ذلك، وماهية استجابات الآخرين واستجابات الشخص نفسه. ويتم تفصيل الرغبات وفق الرغبات السلبية والإيجابية. ويتم تقسيم وتلخيص المركبات الثلاثة إلى فئات من خلال فئات قياسية Standard Categories أو مصفوفات Cluster. والمركبات الأكثر تكرارا في كل مرة تمثل موضوع صراع العلاقة المركزي (أتمنى شيئا من الشخص (س)، استجابته (ص)، استجابتي هي (ع). والطريقة التي تم استخدامها بكثرة منذ نشرها وتحسينها، تمكن من جعل البناء "النقل" إجرائيا بطريقة مفيدة

---

[1] قارن المدخل إلى المعالجة النفسية التفاعلية الدينامية– "طرائق العلاج النفسي الفردي"–للمترجم. دار الكتاب الجامعي 2011.

إكلينيكيا. ويوجد تلخيص لأبحاث موضوع صراع العلاقة الأساسي لدى لوبورسكي وكريتس كريتوف (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) وحديثا لدى ألباني وغاير وكيشيله وبوكورني (Albani; Geyer, Kaechele & Pokorny, 2003) أو ألباني وبلاسر (Albani & Blaser, 2005) . وتقوم طريقة الجرد (القياس) الكمي للمواضيع البين شخصية quantitative registration interpersonal Themes المعروضة في جدول (3) على مفهوم موضوع صراع العلاقة الأساسي وتحاول تكميم الفئات الموجودة في موضوع صراع العلاقة الأساسي. وقد طور غرينر ولوبورسكي (Grenyer & Luborsky, 1996) مقياسا يقيس "السيطرة Mastery " بالعلاقات المشحونة بالصراعات في مجرى العلاج وتستند إلى مفهوم موضوع صراع العلاقة الأساسي Concept of Central Relationship Conflict Theme (قارن Dahlbender, 2005a).

طريقة جرد بنى الانفعالات الأساسية المتكررة وسيئة التكيف

تساعد طريقة جرد بنى الانفعالات الأساسية المتكررة وسيئة التكيف Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Function-Method التي طورها دال وتيللر (Dahl & Teller, 1984) على تقدير الإمراضية النفسية وتقويم العمليات العلاجية ونتيجة العلاج. وهي تقوم على منظومة تصنيف الانفعالات، التي يتم تطبيقها بشكل فردي على المادة الإكلينيكية من أجل ربط الاستجابات الانفعالية بمواضيع محددة. وهنا يتم التمييز بين ما يسمى "عواطفه It-Emotions" (المسحوبة على الموضوع، تمثيل الرغبات الشهوية represent appetitive wishes تجاه المواضيع) و"عواطفي Me Emotions" (التي تعبر عن مقدار تحقيق الرغبة أو عدم تحقيقها). وتشكل كلتا الفئتين من الانفعالات منظومة التغذية الراجعة المعلوماتية Information feedback-=System ، التي يمكن من خلالها استنتاج المعلومات حول الحاجات الأساسية وإشباعها. وقد وصف هولتزر ودال (Hoelzer & Dahl, 1996) منظومة موثوقة لتحديد بنى الانفعالات الأساسية المتكررة وسيئة التكيف Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Function.

جدول (3): انتقاء للطرق ذات التوجه البحثي في التشخيص التحليلي النفسي

المؤلفين (السنة)	الطريقة	الهدف
طرق لجرد الأنماط الإشكالية المتكررة		
Benjamin (1974) (Germany; Tress, 1993)	التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي Structural Analysis of Social Behavior (SABS)	جرد بنية السلوك البين شخصي
Luborsky (1977)	موضوع صراع العلاقة المركزي	جرد الأنماط البين شخصية المميزة
Teller & Dahl (1981)	بنى الانفعالات الأساسية المتكررة وسيئة التكيف Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Function	إجراء يقوم على نظرية الانفعال لجرد الأنماط الانفعالية سيئة التكيف في العلاقة
Gill & Hoffmann (1982)	الخبرات مع العلاقة العلاجية	قائمة لجرد الاستعداد للنقل
Kiesler (1987)	قائمة الرسالة المؤثرة وتقويم الآخر للتفاعلات المهمة للعلاج النفسي Impact Message Inventory and Other judgment of psychotherapy relevant Transactions	وصف النمط البين شخصي
Schacht & Henry (1991)	نمط العلاقة سيئة التكيف المتكرر	الأنماط البين شخصية المتكررة التي تم وصفها على أساس التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي

الهدف	الطريقة	المؤلفين (السنة)
جرد منهجي للنمط البين شخصي بالاستناد إلى موضوع صراع العلاقة المركزي قارن أعلاه)	الجرد الكمي للمواضيع البين شخصية	Chrits-Christoph & Barnackie (1992)
طريقة لجرد نوعية وبينة العلاقات المهمة بالأشخاص الآخرين	مقياس لقياس نوعية علاقة الموضوع	Azim, Piper, Segal, Nixon & Duncan (1991)
طرق لجرد مبادئ وعمليات التنظيم اللاشعورية		
جرد الخطط اللاشعورية في تاريخ الحياة بالاستناد إلى "نظرية" الضبط-الإتقان-Control-Mastery-Theory"	تشخيص الخطة	Weiss, Sampson, Caston & Silberchatz (1977)
جرد "للحالات النفسية" "states of mind " المتكررة، ونماذج الأدوار البين شخصية وعمليات تمثل المعلومات.	التحليل التشكيلي (أو الترتيبي) configurationally Analyse	M. Horowitz (1979)
جرد منهجي للرغبات والمخاوف والمحصلة من هذه، الاستعداد للإرهاق ومستوى التكيف.	وصف الصراع الفردي Idiographical Conflict description	Perry, Augusto & Cooper (1989)
تشخيص سيكوديناميكي مستخلص بالاتفاق	صياغة الاستجابة- الاتفاقية consensus -Reaction-Formulation	L. Horowitz, Rosenberg Ureno, Kalehzan & O'Halloran (1989)

الطرق التشخيصية المسترشدة بالنموذج البين شخصي

يتم استخدام عدد من الطرق في العلاج التحليلي النفسي التي تستند بشدة إلى النظرية البين شخصية للشخصية Interpersonal Theory of Personality (مثال ذلك Kiesler, 1983) وتعد طريقة التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي طريقة طورها بينجامين (L.S. Benjamin, 1974) بهدف الترتيب الفئوي للتفاعلات (بما في ذلك تلك التفاعلات مع الشخص نفسه أو مع "المجتاف introject") وفق نموذج الدائرة (المصمم وفق أبعاد العطف [الود] Sympathy والضبط Control)، وتم استخدامها من مجموعة هنري Henry Workgroup، من أجل تحديد الأنماط سيئة التكيف المتكررة في العملية التشخيصية (قارن Tress, 1993; Tress, Hartkamp & Junkert-Tress, 2005).

كما يمكن تعداد طرق الاستبيانات مثل قائمة الرسالة المؤثرة وتقويم الآخر للتفاعلات المهمة للعلاج النفسي Impact Message Inventory and Other judgment of psychotherapy relevant Transactions لكيسلر (1987) وقائمة جرد المشكلات البين شخصية (هوروفيتس وشتراوس وكوردي، 2000) أو قائمة جرد الدوافع البين شخصية (توماس وهوروفيتس وشتراوس، تحت الإعداد) من ضمن الطرق القائمة على أساس النموذج البين شخصي. وتشترك جميع هذه الطرق بتقدير السلوك البين شخصي أو المشكلات أو الدوافع البين شخصية السائدة وغالبا ما تصور الأنماط البين إنسانية غير الملائمة، التي تميز الشخص أو إمراضية محددة (قارن Shauenburg & Cierpka, 1994).

4.2.2 طرق قياس مبادئ وعمليات التنظيم

تشخيص الخطة (صياغة الخطة)

استنادا إلى نظرية الضبط-الإجادة control-mastery-theory (Weiss& Sampson, 1986; Albani, Blaser, Geyer & Kaechele, 1999) ، التي تفترض أن الترجمات المرضية

بوصفها نتيجة للخبرات الصادمة مع الأشخاص المرجعيين المهمين تعيق تحقيق الأهداف المرغوبة فيحاول المرضى لاشعوريا تفنيد هذه الترجمات في العلاقة العلاجية، تم تطوير تشخيص الخطة أو صياغات الخطة Plan-Diagnose or Plan Formulation (Sammet, 2005) . وتهدف هذه الطريقة إلى جعل الخطط اللاشعورية الناجمة عن الترجمات المذكورة شفافة. وتشمل الطريقة – القائمة على الحالة الفردية– خمس خطوات:

أ – يراجع عدد من الأشخاص الخبيرين إكلينيكيا مستندات العلاج من الجلسات الباكرة ويقومون الأهداف المسترشدة بالحالة (واقعي مقابل بديل real vs. alternative) والمعوقات واختبارات الترجمات والاستبصارات،

ب– يتم دمج الأحكام في قوائم،

ج– ومن ثم يتم الحكم عليها من خلال أهميتها،

د– ويتم تحديد موثوقية كل مركب من مركبات الخطة،

هـ– قبل أن تتم الصياغة الختامية للخطة.

وهذه الطريقة التي تشبه تحليلات الخطة من المعالجات الاستعرافية، أثبتت صلاحيتها وصدقها في كثير من الدراسات لصياغة وصف الحالة (Weiss, 1995; Sammert, 2005).

التحليل الترتيبي أو التشكيلي وفق هوروفيتس

لعل التحليل الترتيبي أو التشكيلي configurationally analyses، الذي طوره هوروفيتس (M.J. Horowitz,1995) في إطار برنامج بحثي حول العمليات اللاشعورية والشعورية، التي يفترض لها أن تتيح إجراء تقدير تشخيصي لمبادئ التنظيم اللاشعورية، من أكثر منظومات الاختبار المفصلة وإن كان يحتاج إلى مزيد من الاختبارات بعد. ويتم استخدام المادة الإكلينيكية في هذا الإجراء من أجل:

أ- الأنماط المتكررة للخبرات وأنماط السلوك (ما يسمى الحالات الذهنية States of Mind)[1].

ب- نماذج- العلاقة- الأدوار البين شخصية.

ج- تحديد نمط تمثل المعلومات

يمكن النظر لتحليل التشكيلات أو الترتيبات على أنها طريقة التصويرة-نظرية[2]، يمكن عبرها القيام بصياغة نفسية ديناميكية للذخيرة الفردية ولثبات وتغير الحالات الذهنية و التصويرات البين شخصية والاستعرافية والوجدانية الكامنة خلفها.

4.3 التشخيص السيكوديناميكي المسترشد بالعلاج

تعد طرق البحث المعروضة مكلفة جدا بطبيعتها وقلما يمكن استخدامها في الروتين التشخيصي. إلا أنه يمكن للقرارات التشخيصية في العلاج التحليلي النفسي أن تستفيد من طرق أخرى، أكثر اقتصادية إلى حد ما، والتي لم تنشأ مباشرة في السياق التحليلي.

وفي السنوات الأخيرة بالتحديد - ومدفوعة من خلال التحليل البعدي لغراوة وبيرناور ودوناتي، 1994[3]- اشتعلت مجادلات حامية حول فاعلية العلاج التحليلي النفسي. وبغض النظر عن ضعف الدافعية لاستخدام أبحاث التقويم "الحقيقية" في هذا المجال، فقد تكمن عيوب الأساليب التحليلية النفسية إلى حد ما في صعوبة جعل البناءات التحليلية النفسية و محكات الفاعلية ومن ثم أهداف العلاج إجرائية، هذا إذا لم تكن غير قابلة للحل. ولكن إذا ما حلل المرء نتائج وطرق أبحاث التحليل النفسي فإنه سوف يجد طرقا لتقويم العلاج التحليلي النفسي بشكل متلائم مع الموضوع.

---

(1) يمكن تسميتها كذلك بالحالات النفسية أو حالات الطبع.

(2) Schema-theoretical Method.

(3) قارن مستقبل العلاج النفسي، ترجمة سامر جميل رضوان.

لقد قام ماك غلاشان وميللر (McGlashan & Miller,1982) بتلخيص أهداف العلاج التحليلي النفسي. وحاولنا في الجدول (4) مقارنة محكات الأهداف التي ذكرها ماك غلاشان وميللر بانتقاء للطرق أو البناءات التشخيصية. ويمكن تقسيم الطرق المتضمنة في الجدول إلى:

أ- طرق تم تطويرها داخل أبحاث العلاج النفسي التحليلي النفسي لقياس "أصل genuine" البناءات التحليلية النفسية.

ب- طرق من أبحاث العلاج النفسي التي يمكن تصنيفها ضمن النماذج العامة (نماذج النمو، الشخصية...الخ)، غير أنها ملائمة لتقويم أهداف العلاج التحليلي النفسي.

ج- طرق من علم النفس العام وميادين أخرى لعلم النفس.

لقد سبق وأشرنا إلى حد ما للطرق الفوقية (العابرة للمدارس) التي يمكن أن تفيد بشكل خاص لقياس التغيرات البنيوية، من بينها المقابلة المبنية حول تنظيم الشخصية (شتيرن ومجموعته، 2004)، ومقاييس قياس الكفاءات النفسية (فالرشتاين ومجموعته، 2001؛ هوبر ومجموعته، 2006) أو - على المستوى البين شخصي - مقياس الإجادة Mastery Scale (لغرينير ولوبورسكي، 1996). وكذلك التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي يناسب تشخيص التغيرات البنيوية المرجعة إلى الأهداف. ففي سياق التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي تم تطوير طريقتين نوعيتين، تفيدان في قياس التغيرات البنيوية، التي يفترض أنها هي الهدف الأساسي للعلاج التحليلي النفسي.

وقد طور زايدلر (Seideler, 1999) مقياس تقدير الانعكاسية الإكلينيكي ;Clinical Reflexivity Rating ومقياس حول تعديل خبرة العلاقة. وكلتا الأداتين تقيسان القدرة على التعبير عن النفس Self reflexion وتشبهان جزئيا مقياس عمل الذات التعبيرية Reflective Self Functioning الذي طورته مجموعة فوناغي (Fonagy) (قارن ,Duert 2002)، الذي طور ضمن تقاليد أبحاث الارتباط.

جدول (4): التشخيص التحليلي النفسي المسترشد بالأهداف

(عن McGlashan & Miller, 1982; Strauss, 1999)

الهدف العام	الهدف الخاص	البناء/ الطريقة (أمثلة)
إزالة كوابح النمو	عدم الثقة/ الثقة (عدم الأمان/ الأمان)	وصف الاجتيافات؛ نوعية الارتباط، مقاييس الطاقات النفسية Scales of Psychological Capacities
	الانفصال والتفرد	نوعية الارتباط؛ الرغبة بالقرب مقابل القلق من التخلي
	الضمير	أعراض القسر والاكتئاب، مقابلة تنظيم الشخصية Interview of Personality Organization
	العدوان البناء	أبعاد الشخصية؛ طرق لقياس التوجه نحو التصرف مقابل التوجه نحو الوضع، مقابلة تنظيم الشخصية
	الجنسية	طرق لقياس مظاهر الهوية الجنسية، الخبرة الجنسية وصورة الجسم، مقاييس الطاقات النفسية
مظاهر الذات	المسؤولية الذاتية	استبيانات الشخصية؛ طرق لقياس الضبط المدرك cognize control، مقاييس الطاقات النفسية
	الهوية-الذاتية	ملاحظات المجرى للوضع؛ مقياس النرجسية
	مشاعر القيمة الذاتية	مقياس النرجسية؛ مقاييس الأمل؛ الجرأة hardiness؛ مقاييس امتلاك الجسد والذات، مقاييس الطاقات النفسية

الهدف العام	الهدف الخاص	البناء/ الطريقة (أمثلة)
	خبرة الذات والاستمرارية مع الاضطراب الباكر	طرق تاريخ حياتية؛ تقويمات الأعراض، طرق قصصية (سردية narrative؛ لغوية linguistic).
الارتباط بالآخرين	التوجه نحو الخارج مقابل التوجه الداخلي	سلوك التواصل؛ نوعية الارتباط، مقاييس الطاقات النفسية، مقابلة تنظيم الشخصية
	العلاقة بالوالدين	استبيانات حول "الارتباط الوالدين parental Bonding"
	العلاقة بالأتراب	التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي، موضوع صراع العلاقة المركزي، قياس المشكلات البين شخصية، طرق قياس الشبكة الاجتماعية
	التعاطف	مقاييس التعاطف؛ مقاييس الطاقات النفسية، التدبر النفسي Psychological mindedness
	الحميمية	نوعية الارتباط (خصوصا فيما يتعلق بالشريك)، مقياس قياس المشكلات البين شخصية،، قائمة الرسالة المؤثرة Impact Message Inventory
	الإنتاجية (التوالدية Generatively)	مقاييس التعاطف، قائمة الرسالة المؤثرة Impact Message Inventory
تقبل الواقع	تضيق القدرة الكلية diminished omnipotence	مقياس النرجسية

الهدف العام	الهدف الخاص	البناء/ الطريقة (أمثلة)
	القدرة على الحزن	تقويم :"العوامل الوجودية" إحساس يالوم[1] sensu Yalom
	ضبط الدافع وتحمل الإحباط	الأساليب الإسقاطية، مقاييس الطاقات النفسية
	التمكن من التخلي	نوعية الارتباط، مقياس النرجسية، التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي
	اختبار الواقع	طرق من علم النفس الاجتماعي والعلوم الاستعرافية.
غنى الخبرة والحيوية	المشاعر	المعجم (الذخيرة) الانفعالية؛ الإيماءات
	الطاقة	طرق علم نفس الصحة
	الاسترخاء	المؤشرات الفيزيونفسية؛ قياس تقبل الذات
	القدرة على الاستمتاع	مقاييس الاستمتاع hedonism Scales
آليات المواجهة Coping Mechanism	آليات الدفاع	مقاييس لقياس الدفاع والمواجهة، مقابلة تنظيم الشخصية
	التلاؤم الاجتماعي الثقافي والتعديل	تحليل الوضع الاجتماعي والمهني؛ الاتجاه نحو المهنة
القدرة التكاملية integrative Capacity	تحمل التناقض	طرق لقياس الدفاع، التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي
	الاقتصاد الاستعرافي	طرق لتحليل سلوك حل المشكلات
	طاقة العبور	طرق لقياس سمات الطبع، الاستبصار

(1) ايرفين يالوم أستاذ متقاعد للطب النفسي في جامعة ستانفورد ومؤلف عدة كتب حظيت بالشهرة الكبيرة، منها العلاج النفسي الوجودي ونظرية وممارسة العلاج النفسي في المجموعة. وهو أيضا مؤلف كتاب القصص والروايات ذات الصلة بالعلاج النفسي ، بما في ذلك الحب والجلاد ، عدما بكى نيتشه، وهي راقدة على الأريكة ، الأم ومعنى الحياة ، وشوبنهاور والعلاج. , يحدق بالشمس :التغلب على الرعب من الموت.

الهدف العام	الهدف الخاص	البناء/ الطريقة (أمثلة)
كفاءات تحليل الذات	ملاحظة الذات وتحليل الذات	التدبر النفسي Psychological mindedness، المرونة الذاتية
	النقل	تمثيل المرضى لمعالجيهم "Patients representation of their therapist"، موضوع صراع العلاقة المركزي، بنى الانفعالات الأساسية المتكررة وسيئة التكيف Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Function، تحليل التشكيلات أو الترتيبات، نمط العلاقة سيء التكيف المتكرر
الأعراضية Symptomatology	الأعراض الانفعالية	استبيانات الأعراض وتقويمات الآخر
	الصحة الجسدية	فحوصات طبية، الاستفادة من المساعدة الطبية، استبيانات شكاوى
	سوء استهلاك المواد	استبيان سلوك الإدمان

كما تم مرارا استخدام مقياس إعادة البناء الهايديلبيرغي Heidelberger Restructuring Scale (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2002)، الذي يهدف إلى قياس البؤر العلاجية المختلفة (أي مجالات مختارة من المشكلات، التي تستند إلى الصراعات أو سمات البنية أو مشكلات العلاقة المحددة في التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي). ويمثل مقياس هايديلبيرغ تعبير لمقياس تمثل الخبرات الإشكالية Assimilation of Problematic Experience Scale ، الذي صممه ستيلس وميشيوت وأندرسون وسلوان (Stiles, Meshiot, Anderson & Slian, 1992) في سياق العلاج الإنساني (المسترشد بعملية الخبرة) لقياس التعديل.

وأخيرا سنشير إلى المقاييس المتوفرة منذ وقت قصير باللغة الألمانية، التي تم تطويرها

لتشخيص التعديل في العلاج السيكوديناميكي، ألا وهي مقاييس الوظيفة السيكوديناميكية (قارن Dahlbenmder, 2005b). وتساعد المقاييس التي وصفها بالأصل هوغليند وبوغفالد وأملو ومجموعتهم (Hoeglend, Boegwald, Amlo et al., 2000) في قياس عمليات التعديل على مستوى نوعية العلاقة (الأسرية، الصداقة، الحميمة)، وتحمل الهيجان، والاستبصار ومواجهة المشكلات والقدرة التكيفية. وقد تم برهنة حساسية المقاييس للتعديل وموثوقيتها عدة مرات (Dahlbender, 2005).

5. خلاصة ومنظور

بعد أن احتلت المسائل التشخيصية في بداية التحليل النفسي مرتبة ثانية، جرت في مرحلة ما بعد فرويد سلسلة من المحاولات لجعل البناءات السيكوديناميكية إجرائية من أجل الأغراض البحثية. ويمثل التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي النهاية المؤقتة لهذا التطور، تم من خلاله تحقيق خطوة جبارة في هذا المجال: إذ يحاول التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي ربط التشخيص التصنيفي مع التشخيص القائم على التعديل ويركز على مجالات ذات أهمية سواء بالنسبة إلى العملية العلاجية أم بالنسبة إلى الاستطباب والتنبؤ بالطرق العلاجية التحليلية النفسية، أي علم الأمراض ونمط العلاقة والصراعات والسمات البنيوية. ويتم تطوير التشخيص الإجرائي السيكوديناميكي باستمرار واختبار صلاحيته وصدقه وتحسينه، وتم توضيح إمكانات استخدامه في هذه الأثناء من خلال الكثير من الأمثلة (Schauberger et al., 1999). والتشخيص السيكوديناميكي الإجرائي هو أداة تم تطويرها بالأساس للاستخدام الإكلينيكي، ترجع حقوقها لباحثين ذوي توجه سيكوديناميكي في الغالب. وظهرت في السنوات الأخيرة من خلال النشاط المتزايد في مجالات بحث العملية والتأثير Process- and Effectiveness Research سلسلة من الطرق التي تجعل من المفاهيم السيكوديناميكية، مثل أنماط العلاقة سيئة التكيف ومبادئ التنظيم اللاشعورية إجرائية، والملائمة إلى جانب أساليب أخرى لتقويم الأهداف العلاجية لإجراءات المعالجة التحليلية النفسية.

وعلى ما يبدو فإنه يمكن قياس بعض الأهداف المحددة في العلاج التحليلي بالشكل الأفضل من خلال بناءات علم نفسية عامة. ومنذ وقت طويل استخدم موسر (Moser, 1991) مفهوم "نقل المفهوم Concept Transfer" ككلمة مفتاحية لتلك المحاولات لتحديد المفاهيم النفسية التحليلية من خلال استخدام مفاهيم من النظريات النفسية بشكل أكثر دقة أو حتى لتحل محلها. وقد استعرض موسر ومجموعته هذا بشكل خاص بالنسبة إلى مفهوم العلوم الاستعرافية بصورة مكثفة. ومؤخرا تم تبني الاقتراح بتجريب نقل المفهوم هذا، في إطار واسع. ويتضح هذا على سبيل المثال من خلال "العلاج العلم نفسي Psychological Therapy "[1] الذي وصفه غراوة في عام (1998) وفي سياق التحليل النفسي بالارتباط مع علم الأمراض العام الذي قدمه كراوزه (Krause, 1997, 1998). ففي هذا الأخير تلعب نظريات ونتائج علم نفس الانفعالات Affect psychology دورا مركزيا. وهذه تم ربطها مع البناءات التحليلية النفسية المركزية مثل الدافع والنية على سبيل المثال. ويظهر كراوزه (1977) على سبيل المثال بأن تحليل سلوك التعبير الإيمائي يمثل مؤشرا على هذه البناءات، ولكنه أيضا يمكن أن يقدم مؤشرا على حدث العلاقة في الموقف العلاجي. ومن المؤكد أنه هنا وفي سياق التطورات الأخرى في علم النفس العام تنبثق إمكانات يصعب التكهن بها فيما يتعلق بالتشخيص في التحليل النفسي.

---

(1) قارن: مستقبل العلاج النفسي؛ معالم علاج نفسي عام. للمترجم. منشورات وزارة الثقافة السورية. 1998.

9- تشخيص المنظومات الديناميكية

غونتر شييك، هايكو إيكرت، إيغور تومنشيك وكريستوف باوهوفر

Guenter Schiepek, Heiko Eckert, Igor Tominschek &
Christoph Bauhofer

1. تشخيص المنظومات

يقصد بالتشخيص في العادة ترتيب الفرد (أو سمات الأفراد) في فئة معينة. وبما أن استخدام المفهوم في السياق الطبي هو الأكثر شيوعا فإن فئات الأمراض أو الوحدات التصنيفية المرضية سرعان ما ستخطر على بال الإنسان. وفي الحالة المثالية يتمنى الإنسان لو يحصل من خلال الترتيب في فئات تشخيصية في الوقت نفسه على توضيح

للظواهر التشخيصية. إلا أن هذا لا يكون هو الحال إلا إذا كان هناك نموذجا سببيا[1] صادقا مربوطا بالفئة المعنية، يتيح (أي النموذج) الترتيب بصورة موثوقة وصادقة وتكون الظاهرة القائمة (أنماط التفكير والمشاعر والسلوك لمريض ما) مشمولة في النموذج النشوئي [السببي] المرضي بشكل مفصل إلى حد ما من أجل التفسير (أي ليس فقط جزء من سياق تأثير متعدد العوامل أكثر شمولا).

كما يأمل الإنسان من التشخيصات أن تؤدي وظيفة دلالية indicative، أي دلائل على الشكل المناسب للتعامل مع الظواهر المشخصة (استراتيجية معالجة واضحة على سبيل المثال). إلا أن كلتا الوظيفتين النشوئية المرضية والدلالية لا ترتبطان بأي شكل من الأشكال بالتشخيصات بشكل بديهي، فإن ارتبطتا فإن ذلك لا يحصل إلا تحت تقبل افتراضات premise محددة كلية. وبشكل عام يمكن القول أن مجرد الترتيب للظواهر في فئات لا يقدم أي تفسير.

وفي علم النفس يوجد فهم منتشر جدا للتشخيص يكمل الترتيب الفئوي من خلال فرز الفرد أو الظواهر في درجات Scores، أي قيم عددية. وهو أمر يجري منذ تنشئتنا الاجتماعية الأولى. فتحصيل عدنان بلغ 80 درجة وهذا يعني جيد جدا، ومعامل الذكاء لميسون يقدر بـ 103، ودرجة العصابية عند خالد تبلغ 87، ودرجة عدم الثقة 37 ودرجة وضوح أعراض الاكتئاب حسب مقياس بيك للاكتئاب 18. فإذا تمكنا من تفسير مثل هذا النوع من الأرقام، فإننا سنعرف عندئذ بناء على المعايير أين موقعنا بالمقارنة مع مجموعتنا وفيما إذا كانت النتيجة ملفتة للنظر بدرجة من الدرجات استنادا إلى معيار إحصائي. وفي الممارسة العملية العلم نفسية – الإكلينيكية توجد مجموعة من المهام يتم فيها استخدام مثل هذا النوع من القيم، وذلك عندما يتعلق الأمر بالتصنيف أو بالانتقاء أو بطرح الفاعلية العامة، وكذلك أيضا عندما ينبغي قياس فاعلية العلاج أو التدخل على سبيل المثال.

---

(1) Etiological Model: نموذج يفسر أسباب المرض أو منشئه. ويمكن تسميته أيضا بالنموذج النشوئي.

بالإضافة إلى ذلك غالبا ما يرغب الممارسون بفهم أنماط السلوك أو الظواهر النفسية بشكل أفضل. وهذا يمكن أن يتم بطرق مختلفة ووفق محكات متنوعة. وتكمن إحدى هذه الإمكانات في إعادة رسم تاريخ الحياة (أو مظاهر محددة منها)، وإمكانية أخرى في محاولة تحديد التأثيرات البارزة في تاريخ التعلم أو الظروف الراهنة في وضع الحياة. وبما أن أفق الظروف و"التفسيرات" الممكنة في مثل هذا النوع من المساعي لا ينتهي من حيث المبدأ، فإن الأمر يحتاج إلى نظارات معينة، أي شاشة انتقاء مفاهيمي conceptual Selection Screen ، تضيق هذا الأفق بشكل كبير. إلا أنه على الرغم من ذلك تتضح ضرورة أخذ مجموعة من عوامل التأثير (متغيرات التأثير) معا بعين الاعتبار أو فهمها في تفاعلها مع بعضها. وتطلق على الهيئة أو الشكل المكون من تأثيرات متبادلة بين عوامل أو مواضيع معينة تسمية "المنظومة System" – ونقف عند السؤال فيما إذا كان المرء قادرا على تشخيص المنظومات أيضا.

1.1 نمذجة المنظومات

تكمن الخطوة الأولى في مثل هذا النوع من الأسئلة الفرعية في تحديد أي نوع من المنظومات التي سنتعامل معها. وهنا سوف يتعلق الأمر من ناحية بالتحديد الخارجي للحدث ككل (الفرد أم الأزواج أم الأسرة أم محيط الأصدقاء أم الأفراد في البنى الاجتماعية أم ما يشبه ذلك على سبيل المثال)، ولكن في الوقت نفسه بمستوى فصل الرؤية (المنظور) (بنى بيولوجية في الفرد أم عمليات نفسية أم تفاعلات اجتماعية أو خليط من كل هذا الذي يتجلى في الرغبة بمداخل بيولوجية–نفسية–اجتماعية على سبيل المثال)، وبالفصل الزمني (ثوان، ساعات، أيام، سنوات). ويوضح تنوع الإمكانات بصورة مباشرة أن وصف المنظومات لا يمكن أن يكون إلا انتقائيا، قائما على التجريد (أي لا يمكن أن يكون "كلانيا"[1] وعلى عكس لغة الخطابة rhetoric الكيفية) ومتعلقة

([1]) شمولي.

بمنظور الفاحص. والفاحص يصبح هنا شفافا جدا، إذ أن الإجراء يتعلق بموقفه وبطريقته في خفض التعقيد. فالتشخيص في النهاية هو دائما تشخيص المشخص.

والمعارف هنا هي معارف النماذج. وهذه يمكن عملها في صيغ لغوية خالصة (على شكل وصوفات على سبيل المثال)، أو أيضا في صيغ أشكال تخطيطية. فعلى سبيل المثال فإن بنى الشبكات (المخططات السهمية) أو المصفوفات (القوالب matrices) هي إمكانات سارية لتوضيح علاقات التأثير بين عناصر المنظومة. ويمكن لمثل هذه العناصر أن تكون ذات طبيعة مادية على سبيل المثال، كالعصبونات أو المشابك العصبية في الدماغ، أو نواقل عصبية أو هرمونات، أو أشخاص أو مجموعات من الناس. كما يمكنها أن تكون نوعيات أو كميات من أنماط السلوك أو الخبرة أو بناءات نظرية. وتطلق على العرض التخطيطي لعوامل التأثير بين البناءات والمتغيرات بغرض إعادة تصميم (منظومة) الحالة الفردية تسمية "النمذجة الفردية للمنظومة ideographical System Modeling " (Schipek, 19991; Schiepek, Wegener, Wittig & Harnischmacher, 1998).

وحسب نوع المنظومة والنظر إليها يمكن تشكيل formation نماذج بنيوية (نماذج تركيبية structure models) أيضا. فإذا استخدم الإنسان على سبيل المثال العصبونات المثالية Idealize Neurons – التي تظهر بشكل مثالي – كعناصر والصيغ الرياضية كعلاقات تأثير، فسيجد المرء نفسه في عالم الشبكات العصبونية. ويهتم فرع من الرياضيات بدراسة المصفوفات matrices. وفي المنظومات التي يكون فيها الترتيب المكاني للعناصر مفيدا، يمكن عرض التفاعل بين العناصر المتقاربة (الجارة) في صيغة أتمتات خليوية (أوتوماتيكيات خليويةCellular Automats). وتقليديا، أي كما هو مألوف منذ نيوتن ولايبنتس، يتم عرض التأثيرات المتبادلة للمتغيرات في صيغ من معادلات متقارنة **Coupled equations** (معادلات تفاضلية Differential equation في حال العمليات المتصلة ومعادلات تمييزية Difference equation في حالة العمليات المنفصلة discrete). إلا أن هذا واقع في المعتاد خارج مجال الاستخدام العلم نفسي- الإكلينيكي.

1.2 جرد العمليات

بالمقابل تكمن داخل الاستخدام العلم نفسي الإكلينيكي الحقيقة القائلة: أن الممارسة غالبا ما تتعامل مع العمليات، أي مع ظواهر في الزمن. فالمرء يريد على سبيل المثال معرفة كيف تبدو تطورات مرضية ما أو ما هو المجرى الذي تأخذه النمط المرضي النفسي، وبشكل خاص بالطبع، كيف تسير العمليات العلاجية أو الإعادة تأهيلية، من أجل التمكن من تصحيحها في وقت مبكر أو تحسينها. وفي كل مكان حيث يريد المرء فيه ممارسة تأثير منمي، فإننا نحتاج إلى معلومات حول التطورات – وبشكل خاص عندما تحدث التطورات، وليس عندما تحصل، وتنتهي. ومن أجل فهم المنظومات لا يكفي التفحص عرضاني.

فالتفكير في منظومات متشابكة يأتي بمنظور الزمن معه، ويمكن للمرء القول أن جوهر الكلانية (التمامية entirety) يكمن هنا. فبمجرد أن تتضمن النماذج منحنيات إعادة تصميم، أي أن تراعي التغذية الراجعة، يدخل الزمن آليا في اللعبة، إذ أن مثل هذه المنحنيات لا يمكن أن تعبر إلا من خلال الزمن. أما العاقبة فهي التكرارات Iterationsالتي تترجم بنى التشبيك إلى ديناميك (فعال[1] Dynamic). والبنية تتحول إلى وظيفة والعكس، أي الديناميكية تغير البنى.

وفي هذا المقام يمتد تشخيص المنظومات بشكل فاصل إلى أبعد من مجرد وصف التشكيلات Constellations : فعلى الرغم من أن فحص عدة أشخاص – في صيغة سوسيوغرام أو غينوغرام[2] Genogram، أو جرد قائمة الأسرة أو الفريق أو في صيغة أورغانو غرام Organogram– يتضمن أكثر من فرد، إلا أنه لم ترتبط بهذا أية نمذجة

---

(1) متميز بالتغير المستمر، فعال، يحتوي على طاقة تجعله في تغير مستمر.

(2) السيوسيوغرام: المرسام الاجتماعي، أو رسم شبة العلاقات الاجتماعية، والغينو غرام المرسام العرقي أو الوراثي والأورغانوغرام: مرسام العضوية أو رسم شبكة الأعضاء.

لديناميكة المجموعة بعد. فالعلاقات هناك هي ذات طبيعة إحصائية. والأمر نفسه ينطبق على فحص عوامل عدة فيما يسمى بالنموذج متعدد العوامل. وبالمقابل فإنه ينبغي لتشخيص المنظومة أن يتضمن بالإضافة إلى ذلك جرد (تسجيل) وعرض للعمليات، إضافة إلى تحليلاتها أيضا، بل حتى نمذجتها في الحالة المثالية، بمعنى محاكاة simulation قائمة على أساس نموذج صوري formal . أما العقدة فتكمن في أنه لابد من إجراء مثل هذا التشخيص في أثناء العملية الجارية بالفعل، من أجل إعادة تلقيم المعلومات – وفق مثال التغذية الراجعة الحيوية– في العملية الجارية.

1.3 تصنيف وقياس السمات الديناميكية للمجموعة

لعمليات المنظومة إذا سلسلة من الخصائص الجديرة بالملاحظة تقود إلى أنه لا يمكن استنفاد التطورات الملاحظة على شكل تغير في الاتجاه أو المتوسطات أو التباينات. فالمنظومات المعقدة تنتج من ذاتها تنظيما، ينعكس في الأنماط العملياتية Processual Musters لسلاسل القياس. فالإدراك والسلوك والتفكير والإحساس الإنساني يبدي دائما نوعية قوام محددة Shape quality، يتم إنتاجها من المنظومات المعقدة (من الشبكات العصبونية أو عمليات التفاعل الاجتماعي). ويمكن وصف وتكميم درجة التنظيم وتعقده و ثباته، ورسمه في تغيره. وعمليات المنظومة قابلة للتنبؤ على المدى البعيد بدرجات مختلفة (أو بالعكس: تكون مشوشة بدرجات مختلفة)، وهي تحتاج إلى تأثيرات مختلفة الشدة التي يفترض لها أن تسهم على الأقل في إمكانية نشوء الديناميكية عموما. (وهذا ما تطلق عليه تسمية "بعدية" المنظومة "Dimensionality" of System". والتزامن بين العمليات الجزئية (لنأخذ التخطيط الكهربائي للدماغ مثالا) يمكن أن يستند إلى منظومات جزئية مختلفة (باحات دماغية على سبيل المثال) وتخضع من جهتها لتحول (في صيغة نمط تزامن وارتباط متغير على سبيل المثال). وغالبا ما تعلن التحولات الديناميكية، بالشكل الذي تظهر فيه في عمليات التعلم، عن نفسها في صيغة تموجات حرجة.

وكل هذه التجليات يمكن قياسها، الأمر الذي يعني أنه يمكن التمييز بين المنظومات المركبة وفق هذا النوع من المحكات "ضمني"، أي ذاتي، و "بين شخصي" - بين الشخص والآخرين- intra and inter individual. وبهذا نعود ثانية إلى نقطة انطلاقنا: على التشخيص أن يقيس وأن يصنف ويجعل السمات قابلة للمقارنة، ولكن ليس الأفراد فقط وإنما - بدرجة نظرية أعلى إلى حد ما- المنظومات وسماتها الديناميكية (للحصول على أمثلة متنوعة: Haken & Schiepek, 2006; Strunk & Schiepek, 29006).

2. تآزر إدارة العملية

العلاج النفسي وعمليات التمنية الإنسانية الأخرى هي عبارة عن عمليات فردية، يمكن للمرء أن يصوغ مستويات standards وإرشادات لها، إلا أنها بالتفاصيل تتم بشكل نوعي جدا ومن الصعب التنبؤ بها إلا بشكل محدود. ويرجع سبب ذلك على سبيل المثال إلى أهمية العلاقة العلاجية وأنماط التفاعل النوعية بالنسبة إلى مجرى ونتيجة المعالجة، وإلى أهمية العوامل الفردية كدافعية المتعالج أو ثقة وتماهي المعالج مع إجراءه ("الولاء allegiance")، وإلى التلاؤم الزمني للعروض العلاجية مع الاستعداد للاستقبال ومع تشوش العملية الانفعالي عند المتعالج أو شروط المحيط الاجتماعي أو الأشخاص المرجعيين الأساسيين.

وتتصرف الممارسة العلم نفسية-الإكلينيكية عموما بما يشبه المنظومات المعقدة: إذ يمكن للمرء صياغة قانونيات مختلفة حول عملها Functioning واختبارها إمبيريقيا أيضا، إلا أنه في الحالة الملموسة تظل هناك بقية من عدم القابلية للتنبؤ، بل حتى بقية من الإبداعية. وهذا لا يقوم فقط على عدم المعرفة، لا بشكل عام ولا خاص (أي في الحالة الفردية)، إنما هو سمة عامة للمنظومات غير الخطية. فهي تمر بمراحل من التشكيل العفوي للترتيب ومن التزامن وعدم التزامن ومن الاستقرار وعدم الاستقرار. وبالتحديد فإن عدم خطية التعلم والنمو توفر فرصا لابد من استغلالها، مع العلم أن

مراحل اللااستقرار الحرجة تهيئ لحساسية خاصة، ولكنها تحتاج أيضا بشكل خاص إلى ظروف إطار ثابتة. ولا بد من تحضير المعلومات المهمة من أجل ذلك من خلال تشخيص العملية، أي من خلال المراقبة monitoring على مستوى النمو الزمني.

وهذه استعارة مجازية حول ذلك: كالجراح الذي يتم إخباره باستمرار حول الوظائف الجسدية لمريضه، يمكن إخبار الممارس الإكلينيكي حول سلوك وخبرة متعالجه وسماته الديناميكية غير الخطية. وكما أن جميع الاستعارات تعرج، تعرج أيضا استعارة الجراح في نقطة تتمثل بسلبية المريض. فمن خلال استغلال مراقبة الوقت الحقيقي Real-Time Monitoring يحظى المتعالج بدور فعال جدا، ذلك أن التقديرات التي تجري بانتظام للخبرة والسلوك تعطي لوحدها فرصة، وبهذا يمكنها أن تؤثر بشكل بناء وحافز. بالإضافة إلى ذلك يحظى المتعالج بوظيفة شريك من الدرجة نفسها للمعالج وبمدير للعملية في شؤونه الخاصة. وبهذا يحظى علاج إدارة الذات Self-management-Therapy ببعد جديد (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

ويصبح تشخيص العملية مهم بشكل خاص عندما تكون المعلومات التي تم الحصول عليها قابلة للتفسير على خلفية نموذج نظري وعملي علمي Praxeological. وسوف نقوم بالتفصيل هذا النموذج فيما يلي تحت تسمية إدارة العملية التآزرية synergetic Process management (الشكل 1). وكمقدمة منطقية premise يشترط النموذج ألا يدخل التصرف الإكلينيكي-العلم نفسي بهدف التأثير على السلوك الإنساني من الخارج، وإنما بهدف دعم عمليات منظومة اجتماعية-نفسية-بيولوجية منظمة لذاتها. وبشكل خاص يسري بالنسبة إلى العلاج النفسي أن عليه أن ينتج الظروف العملياتية بالنسبة إلى إمكانية معابر التنظيم بين أنماط الاستعراف-الانفعالات-السلوك.

ويقدم التآزر synergetic الإطار النظري الفوقي meta theoretical لفهم مثل هذه العمليات، أي نظرية تنظيم الذات العلمية الطبيعية Natural science Theory of Self-

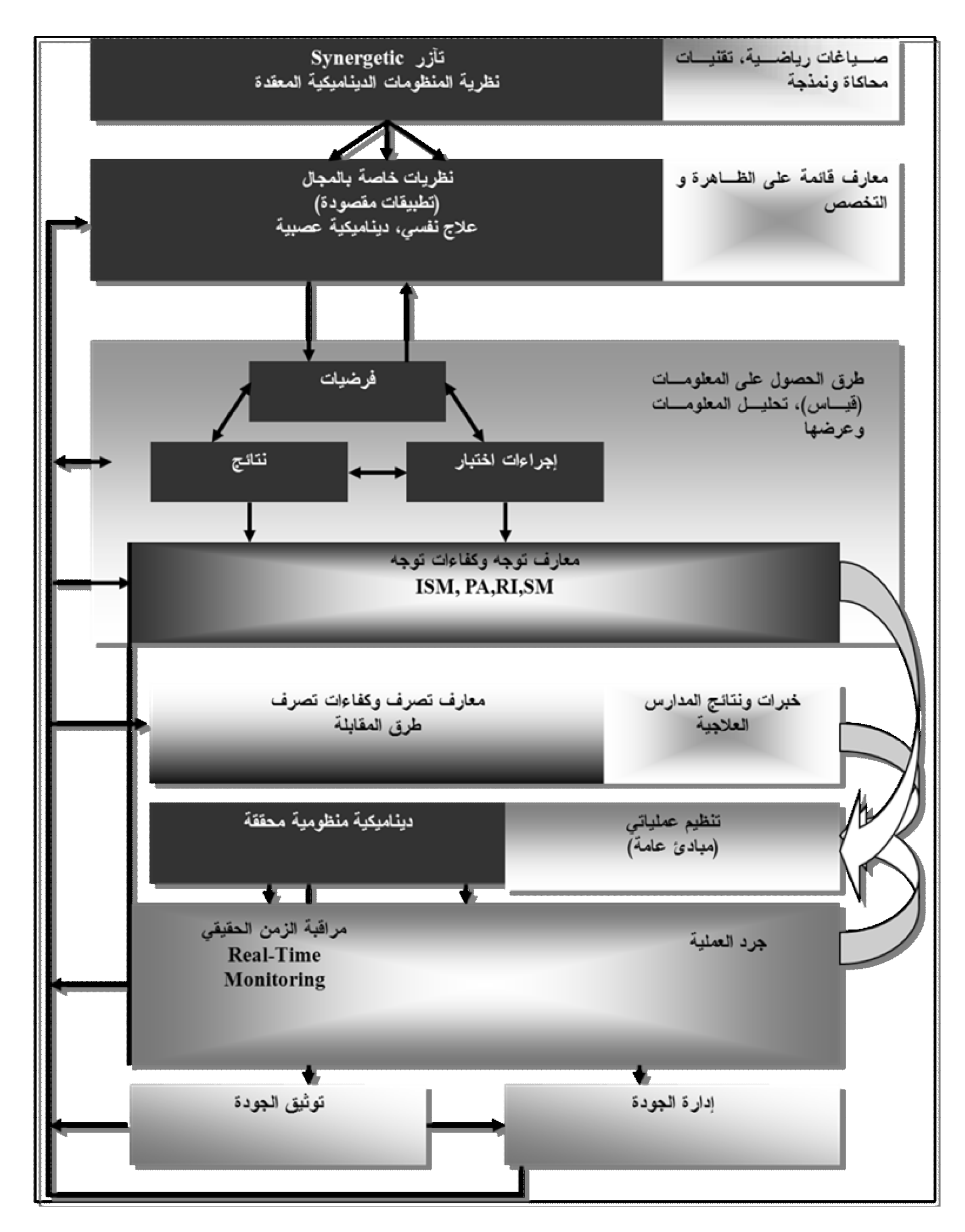
regulation. ونقطة الانطلاق هي جوهر نظريتها والشكلية الرياضية mathematical formalism لنظرية المنظومات الديناميكية المعقدة، التي يمتلكها التآزر (Haken, 1990, 1996; Haken& Schiepek, 2006). ومن أجل توليد تعيينات (أو تخصيصات specification) ملموسة لجوهر النظرية بالنسبة إلى تطبيقات محددة لابد من أن يعقب إغناء لهذا الجوهر من خلال الإضافة وشرح المفاهيم وإسنادات[1] خاصة بالظاهرة . وهذا التوسيع للجوهر بداية هو الذي يقود إلى نظريات قابلة للاختبار بالنسبة إلى التطبيقات المقصودة، بالنسبة إلى عملية التعديل العلاجية أو بالنسبة إلى ديناميكية المجموعة أو الديناميكية العصبية أو علم الإدارة على سبيل المثال (حول مفهوم النظريات البنائية structuralistic Theories Conception قارن Stiegmueller, 1987; Westmayer, 1992). يضاف إلى ذلك فإن الرجوع إلى المعارف المتعلقة بالظواهر ضروري (نتائج إمبيريقية، فرضيات، نظريات ذات مدى محدود)، بالشكل المعروضة فيه في الفروع التخصصية المعنية.

ويتم استخدام مجموعة من الأدوات التشخيصية في ممارسة إدارة العملية التآزرية. وقد تم في الشكل (1) ترتيب هذه الطرق حسب معرفة التوجه وكفاءة التوجه لدى الممارس، مع العلم أن المقصود بشكل خاص هو التوجه استنادا إلى طريقة عمل وبنية شبكة وعمليات تغير المنظومة البيو- نفسية - الاجتماعية المعقدة. وتعد النمذجة الفردية للمنظومة Idiographic System Modeling (اختصار ISM) مثالا على مثل هذا النوع من الطرق، التي تجمع نتائج جزئية مختلفة ومظاهر وظيفية في نموذج شبكة Network model(Schiepek, 1991)، أو طرق تحليل الخطة والتصويرة Plan-and Schema analysis (اختصار PA)(Caspar,1996) أو طريقة تحليل التشكيل (تحديد "الحالات الذهنية States of Mind" لمريض ما) (اختصارSM) (Horowitz, 1987) أو جرد الموارد وحالات الموارد (مقابلة الموارد Resources Interview (اختصار RI) (Schiepek&Cremers, 2003).

---

(1) مرجعية خاصة بالظاهرة Phenomena specific Reference.

وكذلك يتم هنا استخدام تقديرات الذات المستمرة (اليومية مثلا) للمريض، بمساعدة مقياس العملية العلاجية العلاجية على سبيل المثال (Schiepek et al., 2003) . ويقوم جرد أنماط التواصل في الشبكات الاجتماعية على القوالب (أو المصفوفات matrices) حيث يتم في صفوفها تسجيل "الأفعال Actions" المرسلة وفي أعمدتها الأفعال المستقبلة. ولا يفترض لمجسات القياس في عملية التعديل أن تقتصر على التقديرات الذاتية. إذ يمكن مبدئيا قياس معلومات أخرى حسب الحاجة (بيانات فسيولوجية مثلا، من نحو أجهزة قياس العمليات الحيوية أو مؤشرات المناعة على سبيل المثال) (Fahrenberg, Leonhart & Foerster, 2002; Schubert & Schiepek, 2003) .



شكل (1) بنية ومركبات إدارة العملية التآزرية
استنادا إلى مجال عمل العلاج النفسي

وتفيد هذه الطرق والطرق الأخرى في تحديد وملاحظة أنماط الاستعراف-الانفعال-السلوك عند المرضى في محيط حياتهم. المهم هو إدراك حدود المنظومة الملاحظة والتي ينبغي تعديلها والفصل (التقسيم أو التجزئة) الزمني والمكاني لبناء النموذج ومستوى (مستويات) المنظومة الملاحظة (مستوى بيولوجي، نفسي، تفاعلي-اجتماعي). ويمكن على كل المستويات وداخل الحدود المختلفة للمنظومة ملاحظة عمليات تشكل أنماط منظمة لذاتها (في الديناميكية العصبوينة للمريض أو في ديناميكية علاقاته الأسرية على سبيل المثال)، ولكن بدرجات وعواقب مختلفة جدا بالنسبة إلى مفهوم الحالة وفهم المشكلة ونوع التدخل العلاجي.

وبالطبع لا بد وأن يمتلك المعالجون ذخيرة من طرق التدخل وتقنيات علاجية نوعية مع العلم أن كل مدرسة علاجية تمتلك مجموعتها الخاصة Specific Pool من طرق التأثير. وبما أن المعالجون يلجئون إلى خبرات ونتائج المدارس المختلفة، ويأخذون أيضا هنا تفضيلاتهم الخاصة وبروفيل كفاءاتهم وأسلوبهم الخاص بعين الاعتبار، فإنه يمكن تسمية إدارة العملية التآزرية على مستوى - طريق التدخل- وفقط على هذا المستوى!- بالانتقائية. فالصرامة النظرية وإدارة الجودة القائمة على الإمبيريقية يرتبطان بممارسة واضحة متعددة الطرائق.

وحرية اختيار التقنيات تموضع إدارة العملية التآزرية في موضع مستقل عن المدارس العلاجية، من دون التخلي بالضرورة عن الخبرات والنتائج القيمة حول طرق التأثير العلاجية، الموجودة داخل مدارس معينة. كذلك تقوم الاستقلالية عن المدارس العلاجية التقليدية على حقيقة أن التآزر كنظرية عامة حول عمليات التعديل والتجديد modification and innovationprocesses تستند على مستوى أشمل بصورة كبيرة وكذلك على مستوى تجريدي-أكثر منهجية abstract- formal . مما هو الحال في نظريات العلاج النفسي الرائجة.

ولا ينبغي استخدام وتطبيق طرق المعالجة والمعرفة المتوفرة حول طريقة عمل

المنظومة لمجرد أنها موجودة فقط. إذ ليس ذخيرة وكفاءة وتفضيلات المعالج هي التي تحدد مايحصل، وإنما المتعالج، أو بشكل أدق الوضع الراهن الموجود فيه التنظيم الذاتي للمتعالج في هذه اللحظة. من أجل المساعدة في التوجه وكأساس لاتخاذ القرار لاختيار التقنيات تساعد المحكات التالية، التي يمكن اعتبارها شروط للتنظيم الذاتي Self-organization (معابر التنظيم بين أنماط الاستعراف-الانفعال-السلوك):

1- خلق شروط التثبيت (إجراءات لتوليد الأمان البنيوي والانفعالي، الثقة، دعم قيمة الذات).

2- تحديد أنماط المنظومة المهمة (تحديد المنظومة المهمة المنوي أن تقوم عليها التغيرات؛ وصف وتحليل الأنماط/ عمليات المنظومة)

3- إطار المعنى (توضيح وتنمية التنظيم الغني بالمعنى وتقويم عملية التعديل من خلال المتعالج؛ استناد إلى نمط حياته ومهامه النهائية الشخصية).

4- تحديد مؤشرات الضبط/ تمكين التنشيط energize (خلق ظروف محفزة للدافعية؛ تنشيط الموارد؛ الاستناد لأهداف ومطالب المراجع Client).

5- تحقيق الزعزعة/ تعزيز التموجات (تجارب؛ قطع أو كسر الأنماط؛ إدخال التفريقات والتمييزات؛ الاستثناءات؛ سلوك جديد، غير مألوف،...الخ).

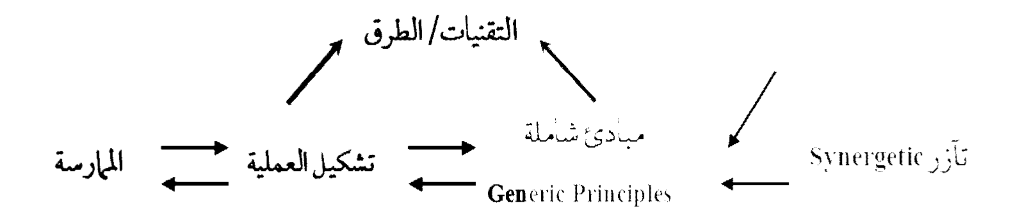
6- الانتباه "للحظة الملائمة الحاسمة"/ تمكين الرنين resonance والمزامنة (الملائمة الزمنية وتنسيق الإجراءات العلاجية وأنماط التواصل مع العمليات/ التواترات النفسية والاجتماعية للمتعالج).

7- تجهيز القطع الهادف للاتساق symmetry breaking (التوجه نحو الهدف، التوقع والتحقيق الهادف لعناصر بنية حالة التنظيم الجديدة).

8- إعادة الاستقرار (إجراءات لاستقرار واندماج الأنماط الاستعرافية-الانفعالية-السلوكية الجديدة).

ويتعلق الأمر في ما يسمى بالمبادئ الشاملة (أو العامة) Generic Principles هذه بظروف لظهور معابر التنظيم المنظمة ذاتيا. فهي تنظم وتبرر اختيار طرق وتقنيات خاصة؛ وهذه يمكن بالعكس تقويمها وفق فيما إذا كانت صالحة وظيفيا من أجل تحقيق واحد أو أكثر من هذه المبادئ الشاملة. ومن الممكن لعدة طرق أن تكون متكافئة وظيفيا لأجل هذا الغرض، بحيث يستطيع المعالجون استغلال تفضيلاتهم الشخصية وذخيرة خبرتهم وأسلوبهم الشخصي بشكل مثمر. وهناك علاقة متعددة- مبهمة بين الطرق/ التقنيات والمبادئ الشاملة: فقد تفيد طريقة في تطبيق عدة مبادئ شاملة، ويتحقق مبدأ شامل في طرق عدة متعددة.

ويمكن مقارنة الطرق والتقنيات في الارتجال الكلي للعملية in the total improvisation of process بمقطوعات لحنية وإيقاعية: المركبات الديناميكية لشكل عملية شاملة Process gestalt . وفي تشكيل العملية تكمن من وجهة نظرنا النقطة المركزية للفن العلاجي وللخبراء. ويفترض للمبادئ الشاملة أن تتيح لتشكيل العملية في الوقت نفسه التفهم والأمان والحرية، إلا أنها لا تعوض عن الخبرات والحدس intuition. ويظهر الشكل (2) العلاقات التبريرية والتوجيهية بين المظاهر الموصوفة لبرج جسر النظرية-الممارسة.



الشكل (2): يمكن للمعرفة بالمبادئ الشاملة للعمليات المنظمة لذاتها أن تنظم وتبسط وتبرر الإجراءات العلاجية. وتوجه اختيار طريقة علاجية ملموسة

يتم التعبير عن الإمكانات المتوفرة والمعلومات على خلفية المبادئ الشاملة واختبارها فيما إذا كانت ملائمة لمريض بشكل مثالي، أي فيما إذا كان بالإمكان الوصول إلى عرض علاجي مطابق لمستوى نموه الراهن. وبهذا فإن المبادئ الشاملة تفيد كمصفاة ومحكات لاتخاذ قرار تكييفي بالفاعلية. وقد تم التعبير عن وظيفة التصفية والانتقاء في الشكل واحد من خلال الأسهم، التي تسير من توثيق العملية (مراقبة الزمن الحقيقي) والنمذجة التشخيصية الإكلينيكية للمنظومة ومن المقدار Pool المتوفر مرورا بطرق التدخل باتجاه المبادئ الشاملة.

ويتم إشراك المتعالج بفاعلية في التغذية الراجعة للعملية وتقويم تحليلات المجرى. وبهذا ينشأ تعاون تشاركي يجعل المتعالج قادرا على أن يصبح مصمما لعملية التغير عنده. ولابد لهذا وأن ينعكس بطريقة إيجابية على خبرة كفاءته الذاتية ومشاعر القيمة الذاتية لديه وعلى العلاقة العلاجية.

ويتضمن النظام القائم على أساس الانترنت، الذي يمكن بمساعدته جرد العملية والتحليل المستمر للعملية، إمكانية تقويم العلاج. ففي أوقات غير محددة من حيث المبدأ يمكن الإجابة عن استبيانات والحصول على بيانات اجتماعية ديموغرافية وبيانات متعلقة بالعلاج (في بداية العلاج ونهايته وفي أوقات المتابعة على سبيل المثال). كما يمكن رسم مجرى المعالجة ونتيجتها، مع العلم أن البيانات الفردية يمكن تجميعها وتلخيصها وفق محكات اختيارية. وبهذا يصبح بحث-نتيجة-العملية Process-outcome-Research ممكنا بطريقة شاملة وصادقة تبيؤيا ، أي في إطار الممارسة الملموسة. وعلى هذا الطريق قد تغلق الفجوة بين الممارسة والعلم – ليس فقط من خلال نقل المعرفة (نتائج البحث) إلى الممارسة وإنما من خلال إدخال التقنية التي تسهم في التحسين الذاتي للنشاطات العملية.

3. منظومة القيادة المتآزرة

تعد طرق الحصول على المعلومات المحوسبة في الميدان في البحث النفسي (الضغط والمواجهة Stress and Coping) وأبحاث الأسر والعلاج النفسي والطب النفسي والمجالات المختلفة للفيزيولوجيا النفسية والطب أمرا مألوفا منذ وقت طويل. وتمثل منظومة المعلومات التي طورها مؤلفو هذا الفصل لتسجيل وتحضير وتقويم بيانات نتيجة العملية Process-Outcome-Dates المدعوم بالكمبيوتر (منظومة القيادة المتآزرة) الأساس التقني لمراقبة الزمن الحقيقي بمعنى إدارة العملية التآزرية ، وتفيد بشكل خاص للاستخدام في الممارسة الإكلينيكية وفي الدراسات متعددة المراكز Multi-Center-Studies وفي مجال تطوير التنظيم.

والأمر المهم هو توافقية المنظومة System Configuration أي القدرة على موائمة سياقات التطبيق المختلفة، بالصورة التي نجدها في الأقسام العلاجية النفسية/ الطبية النفسية المركزية والخارجية. ومن الناحية التقنية البرمجية يعني هذا تحقيق الوظيفية التآزرية، أي أن النظام لا يوفر وظائف خاصة وإنما يوفر الشروط للوظيفية Functionality. مثال ذلك أنه غير مبرمج على انتقاء استبيانات معينة، وإنما هو نظام مفتوح لإدخال أية أدوات مرغوبة. ويتم تحقيق تطبيق مبدأ الوظيفية التآزرية من خلال سمات العمل التالية:

1- دعم الأنواع المختلفة من برامج العتاد الصلب Hardware Platform لإدخال البيانات: ويمكن استخدام برامج مختلفة من العتاد الصلب، من نحو حواسيب مركزية سريعة الانترنت أو المساعدات الرقمية الشخصية Personal Digital Assistance[1] أو الهواتف النقالة على سبيل المثال بهدف الاستقصاء ومن أجل الأشكال الأخرى من إدخال البيانات (ملاحظات السلوك، التسجيل الفيزيولوجي).

---

(1) المساعدات الرقمية الشخصية PDA: تعبير يستخدم لأي جهاز صغير محمول باليد يستطيع تسجيل وتخزين واستعادة المعلومات.

2- عدم ارتباط استخدام النظام بالمكان: بما أنه يفترض لنظام المعلومات أن يكون ملائما لمراقبة الوقت الحقيقي، فلا بد من وجود تزامن سريع قدر الإمكان للبيانات بين أجهزة الإدخال (المتعالجين) ومنطق التطبيقات application logic وتخزين البيانات (مخدمات تطبيق أو مخدمات بنوك المعلومات). ويتم التزامن عبر الإنترانت Intranet (شبكة منزلية أو شبكة داخلية في المستشفى) أو عبر الانترنت. وبالطبع يتم ترميز البيانات المنقولة وتأمينها.

3- إمكانية تعدد المستخدمين في البيانات المخزنة مركزيا: يرتبط بمعالجة المعلومات المدخلة في الوقت الحقيقي بالتخزين المركزي للبيانات في صيغة عالية التنظيم، لتكون متيسرة بالنسبة إلى الفاحص/ المعالج. وتطلق على بناء نظام المعلومات تسمية البناء ثلاثي الطبقة. وهنا يتم تصنيف أجهزة النهاية (كالحواسب الشخصية أو المساعدات الرقمية الشخصيةPDA)، التي تستخدم لإدخال البيانات، وكذلك حواسيب المعالجين التي تستخدم للتقويم، ضمن طبقة المتعالجين. وهذه تتواصل عبر شبكة بمخدم- تطبيقات مركزية (الطبقة الوسطى). ويتم تخزين البيانات المدخلة والمولدة في نظام-إدارة-بنك معلومات مؤتمت rationalize Databank-Management-System.

4- القابلية للتوسيع نحو أدوات جديدة أو أدوات مصممة ذاتيا: يستطيع المستخدم إضافة استبيانات جديدة للنظام حسب الحاجة. وتعد مقاييس الإجابة وشكل الاستبيان (أي التقسيم المناسب للبنود) والإجراءات (أي تعليمات الحساب من أجل تحديد قيم المقاييس البسيطة أو المشتقة) والتعبير من الخصائص البنيوية لاستبيان ما. وبالنسبة إلى مقاييس الإجابة هناك إمكانية التحديد لمقاييس الإجابة (مقاييس ليكرت Likert-Scales على سبيل المثال) والتحديد من قوائم إجابة متعددة الخيارات، ومقاييس التشابه البصري visual Analog Scales وحقول من النصوص المعدة مسبقا.

5- الوظيفة التقيمية assessment functionality مع التنظيم على شكل وحدات: تم بناء تطبيقات التقييم لمعالجة وتحليل وإظهار البيانات بشكل وحدات. وتشمل الوظيفة التقييمية لبيانات الإجراء إمكانات مختلفة من مجال تحليل السلاسل الزمنية غير الخطيnonlinear Time sequence Analyze من نحو:

- العرض البياني للقيم الخام.
- العرض البياني لمجريات الوقائع (جمع درجات البنود).
- العرض المكاني للمراحل للمتغيرات أو مجريات العوامل أو قيم أخرى مشتقة، مع العلم أنه يمكن استخدام قيم الوقت Time Delay $(X_t, X_{t-\tau}, X_{t-\tau},...)$ أو متغيرات من دون تأخير الوقت without Time Delay لبناء الإحداثيات Construction of Coordinate.
- وظائف ارتباط آلية ووظائف ارتباط متقاطعة cross correlation function.
- التعقيد الديناميكي (مع حدود إحصائية أو ديناميكية للثقة confidence interval) (قارن الفقرة 4.1).
- مخططات الرنين والتعقيد Complexity- Resonance Diagram (قارن الفقرة 4.3).
- المخططات البيانية التكرارية recurrence Plots (قارن المفقرة 4.4).
- أنماط التزامن الديناميكية Dynamical Synchronization muster (الفقرة 4.5).
- توزع تكرارات الوقت time frequency distribution.
- دالات ليابونوف الموضعية[1] local lyapunov-exponents.

---

(1) دالات ليابونوف الموضعية لنظام ديناميكي (وفق ألكسندر ميخالوفيتش ليابونوف) تصف السرعة التي تبتعد فيها أو تقترب نقطتان (موجودتان قريبا من بعضهما) في فضاء الطور. وفضاء الطور أو فضاء الحالة في الفيزياء وعلم الأحياء (بالإنجليزية: Phase space) هو كمية الحالات الممكنة التي يحتويها نظام حركي. وتوصف "الحالة " بواسطة مجموعة المتغيرات للنظام عند نقطة زمنية معينة. ففي الفيزياء مثلا يمكن أن تكون الحالة ممثلة بالموضع وزخم حركة جسيم ، أو بالنسبة إلى نظام حركة حرارية (نظام ترموديناميكي) تمثل دالات الحالة مثل

- التقلبات الاعتلاجية (الانتروبية)[1] permutation entropies.
- عرض وتحليل مصفوفات التفاعل interaction matrices.

ويتم باستمرار القيام بالتوسيع والإكمال. ومن أجل تقويم بيانات المخرج يتم استخدام وحدات تحليل السلاسل الزمنية. وبالنسبة إلى التقويمات الإحصائية الجمعية

الضغط والحجم ودرجة الحرارة مجموع تلك المتغيرات ، وتسمى فضاء الحالة وفي علم الأحياء تعني فضاء الطور أعداد نوع الحيوانات المتنافسة. وتنتمي لكل حالة نقطة معينة في فضاء الطور ، مثلما نصف كل نقطة في الفضاء بمقاييس ثلاث على 3 محاور: س ، ص ، ع. أحيانا لا نكتفي بوصف جسيم بمجرد معرفة الثلاثة إحداثيات س و ص و ع التي تحدد وضعه وقد نحتاج لوصف حالته أيضا معرفة سرعته أو زخم حركته، عندئذ نلجأ إلى وصفه بفضاء الحالة أو فضاء الطور.

[1] عامل رياضي يعتبر مقياسا للطاقة غير المستفادة في نظام دينامي حراري. و مصطلح إنتروبي entropy يعرب بكلمة (اعتلاج) أصل الكلمة مأخوذ عن اليونانية ومعناها "تحول" . أصبحت الإنتروبيا أو الإنتروبي مصطلحا أساسيا في الفيزياء والكيمياء ضمن قوانين التحريك الحراري في الغازات أو السوائل ، وخاصة بالنسبة إلى القانون الثاني للثرموديناميك، الذي يتعامل مع العمليات الفيزيائية للأنظمة الكبيرة المكونة من جزيئات بالغة الأعداد ويبحث سلوكها كعملية تتم تلقائيا أم لا. ينص القانون الثاني للديناميكا الحرارية على مبدأ أساسي يقول: أي تغير يحدث تلقائيا في نظام فيزيائي لابد وأن يصحبه ازدياد في مقدار "إنتروبيته."يميل أي نظام مغلق إلى التغير أو التحول تلقائيا بزيادة أنتروبيته حتى يصل إلى حالة توزيع متساو في جميع أجزائه، مثل تساوي درجة الحرارة، وتساوي الضغط، وتساوي الكثافة وغير تلك الصفات. وقد يحتاج النظام المعزول الوصول إلى هذا التوازن بعضا من الوقت. مثال على ذلك إلقاء قطرة من الحبر الأزرق في كوب ماء، نلاحظ أن قطرة الحبر تذوب وتنتشر رويدا رويدا في الماء حتى يصبح كل جزء من الماء متجانسا بما فيه من حبر وماء، فنقول أن أنتروبة النظام تزايدت. أي أن مجموع إنتروبية نقطة الحبر النقية + إنتروبية الماء النقية تكون أقل من إنتروبية النظام "حبر ذائب في ماء. "ولوصف مدلول الإنتروبيا نفترض المثال المذكور أعلاه وهو مثال الماء ونقطة الحبر الذائبة فيه فنجد أن اختلاط نقطة الحبر بالماء سهل ويتم طبيعيا، أما إذا أردنا فصل نقطة الحبر ثانيا عن الماء ليصبح لدينا ماء نقي وحبر نقي فتلك عملية صعبة ولا تتم إلا ببذل شغل. فنقول أن حالة المخلوط له إنتروبيا كبيرة، بينما حالة الماء النقي والحبر النقي فهي حالة يكون أنتروبيتها منخفضة. وأيضا الكمون الكيميائي ضمن أي نظام فيزيائي أو كيميائي يميل تلقائيا إلى خفض الطاقة الداخلية للنظام إلى أقل ما يمكن ، لكي يصل النظام لحالة من التوازن. الإنتروبي ضمن هذا المفهوم هو مقدار تقدم عملية التحول والتوازن هذه.

تم التخطيط لتقسيم العينة أو مجموعات المرضى وفق محكات عشوائية أو وفق توليفات محكية (كالسن أو الجنس أو التشخيص أو مدة العلاج على سبيل المثال).

ويتوقع في المستقبل أن يخصص خيار option خاص من أجل التمكن من إجراء محاكاة حاسوبية لدينامیكية المنظومة. ويمكن تحقيق مثل هذه المحاكاة على سبيل المثال من خلال أساس نماذج النظام الفردية بوساطة منظومات المعادلات التفاضلية Differential equation أو المعادلات التمييزية Difference equation. وبهذا يكون من الممكن مقارنة مجرى المحاكاة باستمرار مع المجرى الإمبيريقي. ويمكن اختبار التنبؤات أو الفرضيات القائمة على النموذج مباشرة من خلال تأثيرات التدخل، ومن أجل التمكن من إجراء التعديلات في نمذجة المنظومة، التي يعمل المرء على عملية التعديل فيها.

4. رصد الوقت الحقيقي لمعابر التنظيم

في مجرى عمليات التعلم والنمو غالبا ما تظهر معابر وثابة غير مستمرة بين حالات التنظيم الديناميكية. ويتصف المحيط الزمني لهذه المعابر بزيادة في التذبذبات أو التموجات الحرجة. فتتزعزع الأنماط القائمة وتتغير درجة التزامن بين المنظومات الفرعية أو العمليات الفرعية أو كليهما في المنظومة ككل. ومن أجل الحصول بصورة زمنية قريبة من الحدث على دلائل على مثل هذه التغيرات أو حتى "مؤشرات الإنذار المبكرة" المطابقة، يحتاج الإنسان إلى بيانات مقاسة بترددات عالية high frequency. ومن الممكن أن تكون هذه البيانات في الممارسة العلمنفسية الإكلينيكية التقديرات أو القياسات على سبيل المثال، التي يتم أخذها يوميا. وسوف يستخدم المرء طرقا أخرى أوسع تتجاوز مجرد ضبط البيانات الخام من أجل تحليل مثل هذا النوع من بيانات العملية. وسوف نتعرض فيما يلي إلى ثلاثة أنواع من هذه الطرق، القادرة على تحديد التغيرات المهمة، حتى في السلاسل الزمنية القصيرة (أي عند 30-40 فترة قياس).

4.1 التعقيد الديناميكي

يبدو أن معابر التنظيم والتموجات الحرجة مرتبطة ببعضها بصورة لا تنفصل، بحيث يمكن استخدام التموجات كدلالة على المعابر الحرجة في ديناميكية المنظومة (Kelso, 1995). ومن أجل قياس التموجات الموضعية لمجريات البنود تؤخذ نافذة ذات حجم عشوائي، يتم حساب درجة تأرجح السلسلة الزمنية داخلها. وتمر النافذة عبر كل سلسلة زمنية منفردة وتنتج سلاسل قياس مشتقة لقيم معيارية واقعة بين الصفر والواحد. والحساب هنا حساس لمدى amplitude وتكرار التموجات (Scheipek et al., 2003).

ويتم إكمال حجم شدة التموج من خلال حجم توزع القيم حول مجال القياس. وبما أن التأرجح يكون أكبر ما يكون عندما تتأرجح القيم ذهابا وإيابا بين الحد الأدنى والأعلى فقط، فإن هذه المتغيرة لا تأخذ على ما يبدو بشكل كاف تعقد المجريات بعين الاعتبار. وفي الحالات غير المستقرة الحرجة ليس بالضرورة أن تتذبذب oscillate الديناميكية بشكل دوري وبانتظام بين قيمتين، وإنما تظهر إنتروبية entropy أو تشوشية Chaoticity عالية. وهنا يتم اتخاذ حالات مختلفة للمنظومة، أي "زيادة" قيم مقاييس مختلفة. ويكون التوزع عندئذ عاليا عندما تتوزع القيم في الحالة المتطرفة عبر كل حالات المنظومة المتوفرة، أي عبر حجم المقياس ككل.

ويعطي النتاج الناجم عن التأرجح والتوزع مقدار التعقيد الديناميكي المتغير زمنيا لإشارة زمنية. ففي دراسة لمشفى الجامعة في آخن أمكن من خلال (94) مجرى علاجي برهان أن هذه التعقدية الديناميكية في المحيط الزمني لمعابر التنظيم تبدي حدا أعلى موضعيا واضحا، ترتبط درجة وضوحه بنتيجة العلاج ارتباطا واضحا (Schiepek et al., 2001; Haken&Schiepek, 2006).

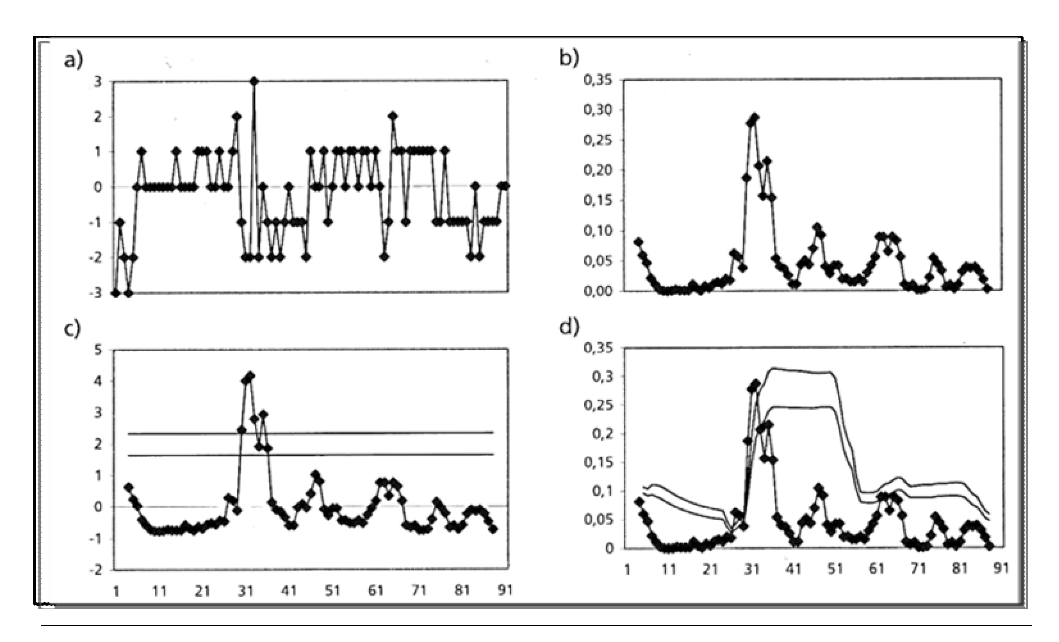
وبالنسبة إلى المسائل الإكلينيكية والعلمية فإنه من المهم معرفة متى يأخذ مجرى شدة التموج أو التعقيد قيما حرجة ملفتة للنظر. ومن أجل الحصول على مؤشرات حول تجاوز عتبة حرجة ما، يمكننا حساب حد الثقة confidence interval بالنسبة إلى

سلاسل التعقد الزمني، وهو ما يشترط تحويل السلسة الزمنية في البداية إلى قيم معيارية زائيةZ-Transformation. وبهذا يتم تعيير المجرى على متوسط مقداره صفر وانحراف معياري واحد. ويظهر الشكل (3) في مثال عن سلسلة زمنية (الشكل A3: يظهر البند 11 من منحنى العملية العلاجية لمريض من دراستنا، قارن أدناه) إلى جانب مجرى التعقد الموضعي (الشكل B3) التحويلات الزائية لهذا المجرى (الشكل C3).

وعندما ينبغي تقويم شدات التموج الحرجة على القمة الزمنية للعملية فإنه لا بد عندئذ من جعل عتبة الثقة ديناميكية أيضا. وهذا يعني أنه لابد من تحديد نافذة تابعة لحساب حدود الثقة، يتم إجراء الحساب داخلها. فالمرء يزود إذا تحديد الثقة بأفق ذاكرة Memory horizon، بحيث أنه يعقب ارتفاع الحد Interval بعد التموجات الظاهرة انخفاض وتضييق ثانية ولاحقا تعطى للتثبيتات فرصة، لتجعل من نفسها ملحوظة إحصائيا (الشكل D3).

مثال حالة

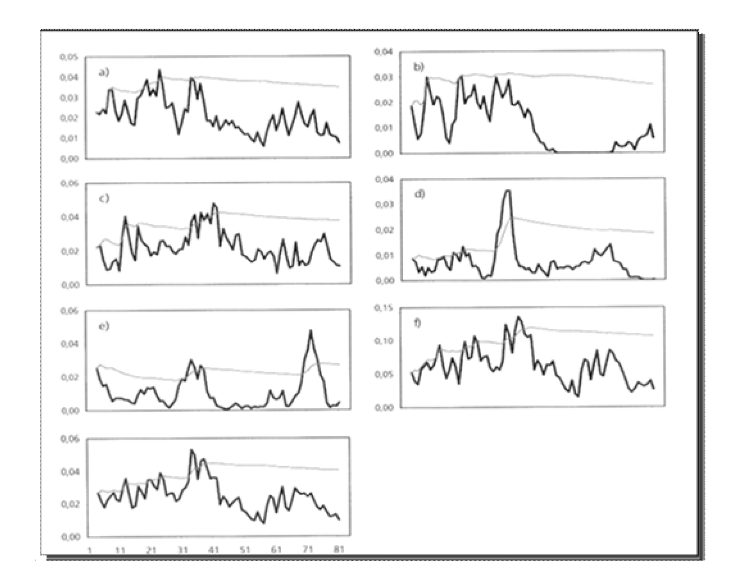
لم تعمل المريضة هيفاء (44 سنة، التشخيص: اضطرابات شخصية غير واثقة من نفسها) يوما في حياتها على الكمبيوتر وتشك بأنها تستطيع القيام بالمهمة. وبعد توجيهات عميقة ودعم إضافي من خلال جارتها في الغرفة، التي أصبحت تمتلك خبرات مع رصد الوقت الحقيقي سارت العمل مع منحنيات عملية العلاج بدون مشكلات.



الشكل (A:3) السلسلة الزمنية للبند 11 من منحنى عملية العلاج لشيبيك ومجموعته (2003) (استطعت اليوم الاسترسال في مشاعري بشكل جيد)، (على جانبه (B) مجرى التعقد الموضعي لهذه السلسلة الزمنية (مساحة النافذة: سبعة قياسات). (C) التحويل الزائي Z- Transformation لمجرى التعقد. تم إدراج الأعتاب عند z=1.64 (الخط الأدنى، يطابق ارتفاع 95% - حد الثقة) وفي z=2.33 (الخط الأعلى، يطابق ارتفاع 99 - حد الثقة). (D) تطور حدود الثقة التكيفية «بذاكرة» تبلغ 21 يوما (المنحنى الأعلى: 99%، المنحنى الأسفل: 95%).

مرت بمعبر تنظيم مع زعزعة حرجة في منتصف العلاج تقريبا (الشكل 4). فقد كان وقتا يتصف بصراعات مع معالجها الأساسي بين المرضى في القسم. كانت هناك مريضتان مشاركتان؛ إحداهما كانت سابقا على تفاهم جيد جدا معها. وبناء على ذلك فقد انسحبت لأنها لم تستطع التعامل مع الصراعات ("تجميد الديناميكية"). فلم تكن قادرة على قول رأيها ولا على الانحياز، على الرغم من أنها قد تمنت هذا. وفي أثناء هذه الأزمة وبعدها أصبح من الواضح لها من خلال الجلسة المرافقة للرصد، أنها لا تريد

الاستمرار بإخفاء رأيها خلف الجبل[1]. وفي الواقع فقد تمكنت من إرداف هذا الاستبصار – أو أكثر: من إرداف هذا الغضب الذاتي البناء، الذي أحسته بقوة أكبر من خلال الانتباه الذاتي المدعوم بالتغذية الراجعة بتبعات–. وفي صراع مشابه في نهاية إقامتها في المستشفى (قارن عامل "المناخ/المحيط في القسم"، الشكل (4e) عبرت عن رأيها بوضوح. وحصلت على تغذية راجعة من مرضى مختلفين في الأسابيع الأخيرة، [أنها قد تغيرت كثيرا، وأنها أصبحت أكثر انفتاحا وأكثر ليونة].



الشكل (4): المريضة هيفاء: مجرى التعقد للعوامل الستة للقياس المختصر لمحنى عملية العلاج. (a) «التقدم العلاجي/ الطمأنينة/ الكفاءة الذاتية»، (b) «توسع المنظور والتجديد»، (c) «شدة معالجة المشكلة»، (d) « توعية العلاقة/ الانفتاح/ الثقة بالمعالج»، (e) «المناخ/ المحيط/ السياق في القسم»، (f) «الأنشطة المزعجة/ التوجه الداخلي». في الأسفل: مجرى التعقيد الناتج عن كل بنود استبيان العملية العلاجية (الخط الرمادي: حد الثقة الديناميكي 95%).

(1) مثل شعبي يقال لمن يخفي رأيه أو ما يشبه ذلك "لم يعد قادرا على إخفاء ما بقلبه".

4.3 تخطيطات الرنين[1] وتخطيطات التعقيد Complexity- Resonance Diagram

في خطوة لاحقة نتخلى عن جزء من المعلومات وننظر للتجليات الدالة للمجريات المعقدة فقط. ويحصل هذا من خلال إجراء تحويل زائي لسلاسل التعقيد الزمني وتركيزنا فقط على المراحل التي يتم فيها اختراق عتبة الثقة. وبهذا تتقلص المجريات الكمية إلى صورة ثنائية: متجاوز أم غير متجاوز. فإذا ما علم المرء درجات القيم الواقعة فوق العتبة بمربع رمادي ($p < 5\%$) أو مربع أسود ($p < 2.5\%$)، ورتب كل بنود استبيان العملية العلاجية فوق بعضها، فإنه ينشأ انطباع كلي حول متى يصل بند ما إلى قيمة تأرجح أو تعقيد حرجة وأي من هذه البنود يصل لها (الشكل 5). وعلى محاور (المحور–y) من هذه الرسوم البيانية تم تصنيف البنود وفق الانتماء للعامل (ترقيم العوامل طبقا للجدول 1).

تم تسجيل الزمن على الإحداثي abscissa (المحور X) لمخطط الرنين–التعقيد Complexity- Resonance Diagram (الشكل 5)، حيث يتطابق كل مربع مع يوم واحد، إلا أنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار أنه قد تم تمثيل نافذة زمنية تبلغ سبعة أيام في المربع الواحد، تم حساب قيم التعقيد خلالها. ويظهر الرسم البياني في الشكل (5) مجرى مريض في العلاج النفسي المركزي.

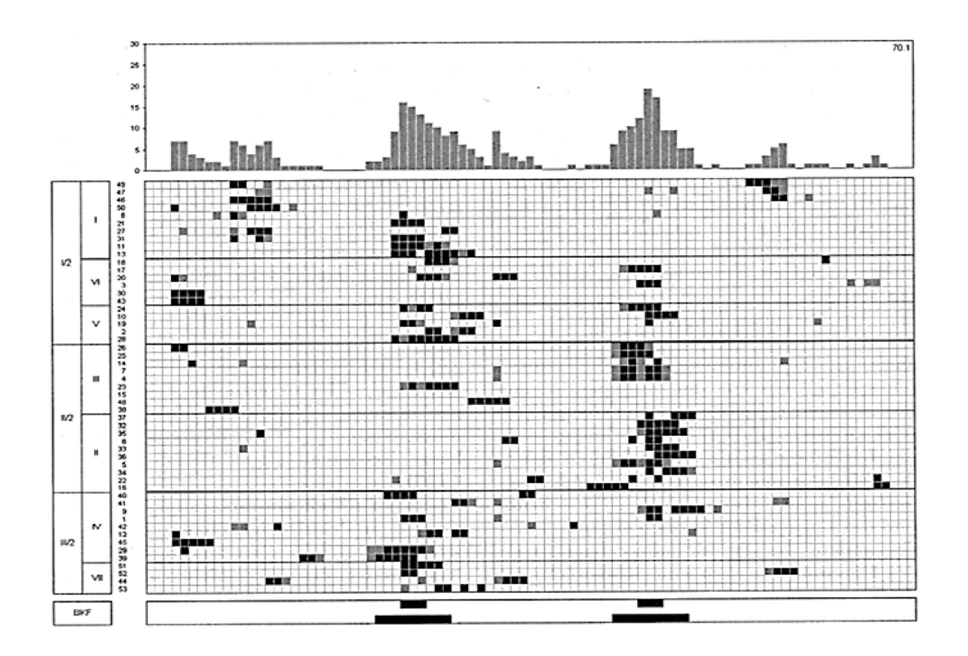
---

(1) يعبر مصطلح الرنين في الفيزياء (بالإنجليزية: Resonance) عن الظاهرة التي من خلالها يميل النظام الفيزيائي إلى الاهتزاز بأقصى شدة، وذلك عند ترددات معينة تعرف بترددات الرنين Resonance frequency (أو الترددات الرنانة). وهذه الترددات يحدث عندها اهتزازات عالية الشدة حتى عند أقل قدر من قوى الدفع الترددية، حيث أن النظام الفيزيائي يقوم بتخزين طاقة الاهتزازات. وعندما يقل امتصاص الاهتزازات، فإن تردد الرنين يقترب من التردد الطبيعي للنظام، الذي هو تردد الاهتزازات الحرة فمثلا إذا ما وافق تردد ما تردد الجسم الطبيعي جعله يهتز بحالة رنين معه إذ إن سعة الاهتزاز ستكون أكبر ما يمكن لان التداخل الحاصل بين الموجات هو تداخل بناء بالكامل وهنا تكمن خطورة الرنين إذ تصل السعة إلى حد لا يمكن للجسم تحمله مما يؤدي إلى انهيار الجسم في الغالب كما يحدث في ظاهرة الكأس الزجاجي حيث تسلط على الزجاج موجة صوتية مساوية لتردده الطبيعي مما يؤدي إلى تكسر الكأس.

(الجدول:1): بنية عوامل استبيان العملية العلاجية (53 بند). ترتيب العوامل من الدرجة الأولى إلى الثانية. تشير الأرقام إلى جانب العوامل من الدرجة الأولى (اليسار) إلى التشبع على العوامل من الدرجة الثانية (يمين).

1- التعديل والعمل العلاجي Change and therapeutically Work	I التقدم العلاجي/ الطمأنينة Confidence/ الكفاءة الذاتية self-efficacy	0.571
	VI شدة معالجة المشكلة intensity of Problem treatment	0.596
	V توسيع المنظورperspective extension\الابتكار أو الابتداع innovation	0.649
2- العلاقة/ المناخ Relationship/Clime	III نوعية العلاقة بالمعالج relationship quality with therapist / الانفتاحopenness / الثقة trust	0.705
	II المناخ/ الجو/ سياق القسم / Climate Atmosphere/Context of Station	0.692
3- الانفعالية Emotionality	IV الأنشطة المزعجة dysphoric Activities/ التوجه الداخلي inner orientation	0.732
	VII الحالة الجسدية body state	0.502

وعند التأمل في عدد أكبر لهذا الرسم البياني (ن=94 مجرى علاجي، التي تمت دراستها في إطار بحثنا، قارن الفصل الخامس من Haken & Schiepek, 2006) نستنتج في العدد الأكبر من الحالات وجود بنية من النوع العمودي. وهذا يعني أن التموجات الحرجة والتعقيد الديناميكي الواضح يتجمعان زمنيا ويظهران في الرنين resonance. ومن هنا نطلق على الرسوم مخططات التعقيد والرنين Complexity-Resonance-Diagrams. وتظهر الارتباطات بنتيجة العلاج أن المجريات العلاجية الناجحة بشكل خاص تبدي قمم تموج موضعية (Schiepek, et al., 2001).



الشكل (5) مخطط الرنين - التعقيد لعملية علاجية، تم تصنيف البنود وفق العوامل (قارن جدول 1). المربعات الرمادية أو السوداء تعبر عن درجة التعقيد، تتجاوز حدودا معينة من الدلالة (5% أو 2.5%، من جانب واحد on-sided). ويلاحظ من البنية العمودية كيف تنتشر التموجات عبر البنود أو العوامل المختلفة، أي تظهر في الرنين. الرسم البياني **histogram** في أعلى المخطط يقوم على تجميع للمربعات السوداء والرمادية. وقد تم تحويل هذه الرسومات البيانية **histograms** من جهتها إلى قيم زائية **Z-Values**. وتظهر الشرائط في النهاية السفلية للمخطط أين تتجاوز الرسوم البيانية المحولة إلى قيم زائية عتبة 5%. فإذا أخذنا بعين الاعتبار أن المربعات تقوم على أساس تحديد للتعقيد خلال نافذة مكونة من سبعة أيام، فإن هذا المجال من التموجات الحرجة يمتد يسارا ويمينا على نقاط ثلاثة أخرى من القياس (الشرائط السفلية)

ويغلب الظن أنه ينبغي تفسير قمم التموج أو التعقيد التي تظهر مرحليا، المحزومة زمنيا temporal bundled على أنها زعزعات أو عوابر حرجة Critical Instabilities or Transients لمنظومة "العلاج". ففي المقابلات نصف المبنية غالبا ما يذكر المرضى وجود خبرات فاصلة أو خبرات مهمة أو حتى أزمات كانت قد حصلت في مثل هذه الأوقات. وعليه فإنه، وبالتحديد في محيط معابر التنظيم، تظهر على ما يبدو ظواهر رنين ومزامنة واضحة، تتضمن مظاهر مختلفة من العملية العلاجية. وبعض المعابر أو "الأزمات" تكون شاملة، وأخرى تقوم على العلاقة بالمعالجين أو بالمرضى الآخرين أو بمناخ القسم، ومظاهر أخرى تمس التقدم والالتزام بالعلاج، وغيرها يتعلق بالانفعالية. وعلى أساس مادة البيانات فإنه من الممكن إجراء تصنيف لمعابر التنظيم أو الزعزعة الحرجة (قارن على سبيل المثال الفرق بين مرحلتي الزعزعة في الشكل 5).

4.4 المخططات البيانية التكرارية

هناك إجراء آخر يتيح كذلك تحديد العوابر[1] transience، أي من المعابر إلى العمليات الديناميكية، إلا أنها تقترب من المشكلة من الجانب المعاكس. وبالتكامل مع طريقة تخطيطات الرنين وتخطيطات التعقيد Complexity- Resonance Diagram يبحث هذا الإجراء عن مقاطع شبيهة للعملية، المتكررة في المجرى ("recurrent"). وهذا الإجراء البياني يقود لإنشاء ما يسمى بالمخططات البيانية التكرارية recurrence Plots (Eckmann, Oliffson Kamphorst & Ruelle, 1987; Hegger, Kantz & Schreiber, 1989; Vandenhouten, 1998) ، وقد تم استخدامه للمرة الأولى في الفيزياء، وكذلك في الفيزيولوجيا لتحديد التواترات واللاثوابت not stationary الكامنة المتكررة (تغيرات الخصائص الديناميكية لعملية ما) في قواعد البيانات التجريبية (Lambertz, Vandenhouten & Longhorst, 2003; Perlitz, Cotuk, Haberstock & Petzold, 2003). فإذا كان بالإمكان ملاحظة مقاطع من التشابه الديناميكي الخاص،

---

(1) السريعة المرور.

فإنه عندئذ لابد وأن تكون هذه بالعكس معابر تنظيم أيضا، إذ أن هذه الفترات من التموجات المرتفعة تتصف بأن توزع القيم ينحرف عن الديناميكيات الأخرى، أي أنها لا تشبهها (Weber & Zbilut, 1994). المفيد هنا أنه يفترض أن السلسلة الزمنية المدروسة من خلال بيان تكراري لا تحتاج إلى الإيفاء بشروط خاصة، الأمر الذي يجعل الطريقة ملائمة أيضا للسلاسل الزمنية القصيرة (Eckmann, et al., 1987).

في البداية يتم تشكيل مساحة ذات عدد من الأبعاد m-dimensional Space وفق مبدأ إعادة بناء مساحة المراحل phase space reconstruction من خلال إحداثيات تأخير الوقت Time Delay. وفي مثل هذا النوع من توطين سلسلة قياس ما في مساحة المراحل المعاد بنائها يتم نقل قيم القياس إلى نظام الإحداثيات، تمثل فيه المحاور نقاط قياس مختلفة $[x_t, x_{t-1}, x_{t-2},...]$. ومن أجل ذلك لابد من تحديد معلمتين: عدد الأبعاد (m) وتأخير الوقت (τ). عندئذ ولبناء مخطط تكراري يتم حساب فروق كل نقاط المساحة، أي يتم طرح كل متجه[1] vector من كل متجه آخر. وإذا كان الفرق أصغر من المحك الموضوع مسبقا يتم في شكل ثنائي البعد - "المخطط التكراري"- وضع نقطة. ومن الناحية الهندسية يتم تشكيل منطقة ذات سعة محددة مسبقا حول كل نقطة في مساحة المراحل. فإذا ما وجدت داخل منطقة ما (أو منطقة الضخمة hyper- sphere بالنسبة m>3) نقاط أخرى إضافية، فإنه يتم تفسير هذا الجوار على أنه تشابه ديناميكي ويتم تسجيلها في المخطط التكراري.

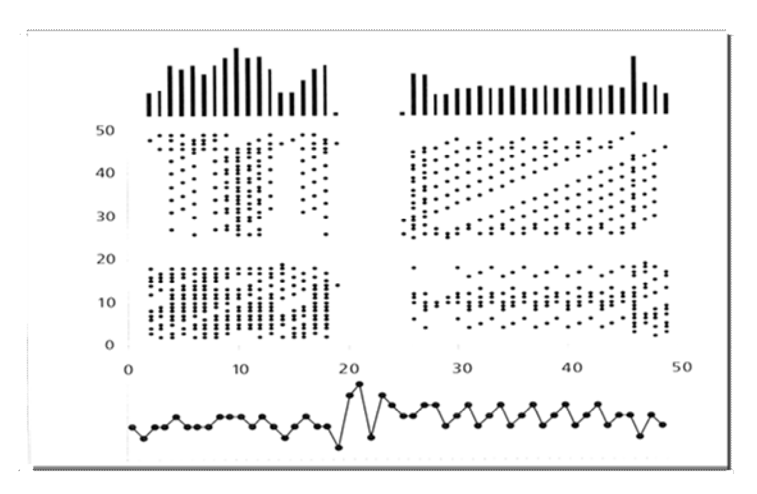
وكلا البعدين للمخطط التكراري هما المحورين الزمنيين المتطابقين لسلسة الزمن المدروسة. ويسهل التعرف بوضوح على التناظر القطري diagonal symmetry للرسم (عندما يكون وقت القياس x يشبه y، فإن وقت القياس y يشبه x أيضا) (الشكل 6). فإذا وجدت داخل مقطع محدد من السلسة الزمنية تشابهات ديناميكية أيضا بين المراحل (أي عير السلسلة الزمنية كلها)، فإن هذا يظهر في المخطط التكراري من خلال الخطوط

---

(1) الكمية الموجهة.

(الأشرطة) الخالية: فإذا ما لم يكن هناك نقاط داخل جوار محدد من خلال نصف قطر radius المنطقة الضخمة، فلا يتم رسم أية نقاط. ويمكن تفسير هذه الخطوط الخالية على أنها عوابر (سريعة الزوال) (Weber & Zbilut, 1994) – معابر في المنطقة الحيادية nobody's land بين مراحل التنظيم الديناميكي (الجاذبات Attractors). وغالبا ما تظهر العوابر أنساق نقاط مستطيلة، يمكن تفسيرها على أنها مقاطع من الترتيب المتجانس (شبه جاذبات Quasi-Attractors).

ومن السمات الأخرى للمخططات التكرارية التقاطعات التي ظهرت في معظم الفقرات مع الأقطار diagonals ، التي تعد مؤشرات لأنماط المجرى المنتظمة والتواترية (قارن سلسلة زمن النموذج المعروضة في شكل 6 النصف الأيمن). وبوصفها كذلك فهي تعطي دلائل على الأجزاء التحديدية deterministically في العملية.



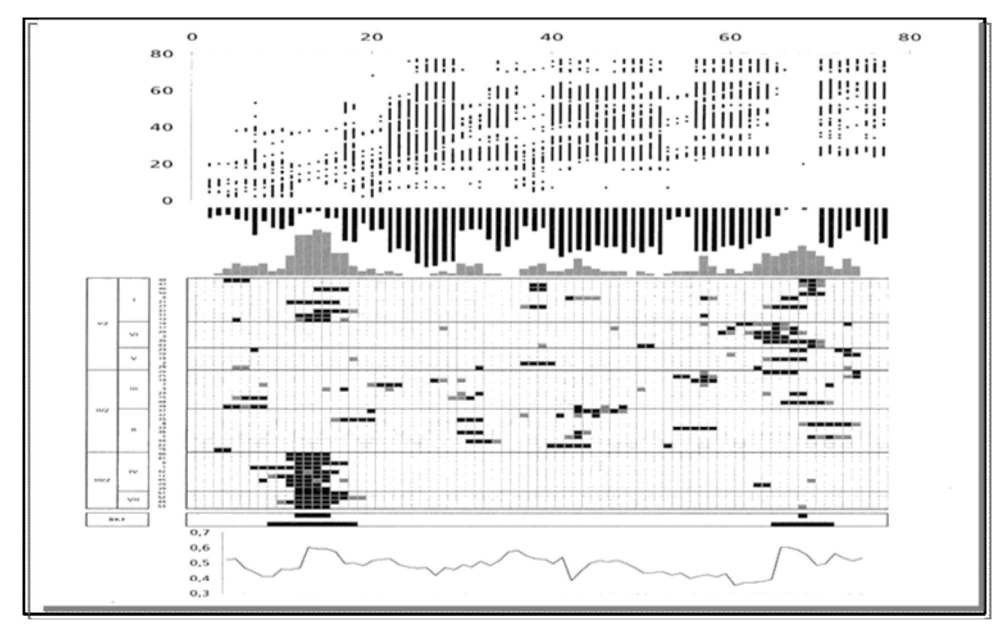
الشكل (6): المخطط التكراري لمثال حول سلسلة زمنية (أسفل). العوابر الفارغة واضحة في المخطط عند الشدة الواضحة للتموج (الفترات 19 حتى 27)، وكذلك المقاطع المشغولة بكثافة في المقاطع قبل وبعد. تظهر التواترات منذ لحظة القياس 28 في التوازيات القطرية diagonal parallel للمخطط التكراري. في الأعلى الرسم البياني Histogram الناتج عن جميع كل النقاط الناتجة عن كل فترة قياس

وبما أن العابرات تلفت النظر من خلال الفجوات أو الظهور النادر للتشابه أو للجوار وبالمقابل المراحل المتجانسة ديناميكيا من خلال أنساق النقاط، فإنه يمكن اعتبار نقاط الرسم البياني histogram في الطرف الأعلى من المخططات التكرارية (الشكل 6)، الذي يعبر عن التشابه الكلي لنقطة القياس المعنية مع كل نقاط القياس الأخرى، على أنه معلم للتجانس أو عدم التجانس المتغير للعملية. وبهذا يفترض له أن يسلك بالتحديد على عكس الرسوم البيانية الطرفية لمخططات التموج أو مخططات التعقيد-الرنين (الشكل (5)، والتي تصبح بالتحديد واضحة بشكل خاص، عندما تصبح عملية ما غير متجانسة وأنتروبية بسبب "الحرجية المنتظمة ذاتيا *self-organized criticality*"[1].

وهذا يبدو في الواقع على النحو التالي: الارتباط بين الرسوم البيانية يبلغ في كل من الأربعة وتسعين مجرى من المجريات المدروسة في دراستنا في المتوسط (-0.43، بانحراف معياري 0.21). فإذا ما سمح المرء بانزياح أدنى للرسوم البيانية مقابل بعضها (حد أعلى 2)، فإنه هذا "التوافق بين القفل والمفتاح" يرتفع إلى (-0.54 وانحراف معياري 0.19). ويظهر الشكل (7) مثال لمخطط تكراري لمجرى علاج فردي.

---

(1) الشواش المنظم لذاته.



الشكل (7): موجز لثلاث طرق مستخدمة لتحليل مجرى علاجي. من الأعلى للأسفل المخطط التكراري مع مدرج كثافة **density histogram** مقلوب للأسفل لتوزيع النقاط. بعده مدرج كثافة المتطابق على مخطط الرنين التعقيد الموجود في أسفله (**r=60**). ويظهر مخطط الرنين ـ التعقد حالة من الزعزعة الحرجة القائمة بشكل أساسي على العامل الرابع «الأنشطة المزعجة/ التوجه الداخلي» والسابع «الحالة الجسدية» في نهاية الثلث الأول من العلاج. ويركز معبر أقل وضوحا في نهاية فترة العلاج على العامل الأول «التقدم العلاجي/ : الطمأنينة/ الكفاءة الذاتية » والسادس «شدة معالجة المشكلة» والخامس «توسيع المنظور/ الابتكار». تم تسجيل الارتباط المتوسط لكل أزواج البنود عبر الزمن (الاتساق الديناميكي أو درجة تزامن كل المنظومة) تحت مخطط التعقيد ـ الرنين.

4.5 أنماط التزامن الديناميكية

يتصف التنظيم الذاتي بأن العمليات المستقلة في الماضي تتزامن بشكل متعلق بالدافع وتنزلق في الرنين Resonance. وهنا فإنه ليس من المتوقع أن منظم ما "قد استعبد" الديناميكية الكاملة وكل المنظومات الفرعية المشاركة، وإنما تصبح منظمات مختلفة سائدة في فترات مختلفة، وتظهر بشكل متبادل بين بعضها أو متعاون أو منافس.

وعليه فنحن نتوقع أنماط تزامن متبادلة بين العمليات الفرعية المختلفة لمنظومة ما، والتي عرضناها وجعلناها إجرائية هنا – استنادا إلى منظومة "العلاج النفسي"– من خلال البنود والعوامل المختلفة لاستبيان العملية العلاجية. وقد اتضح من الشكلين (5 و7) بأن مثل هذه الدرجات المتغيرة من التزامن تظهر في التعقد الديناميكي. وبالطبع فإن مثل هذه العمليات من التزامن لا تحصل على مستوى تعقد البنود فقط وإنما بين مجريات البنود والعوامل نفسها أيضا.

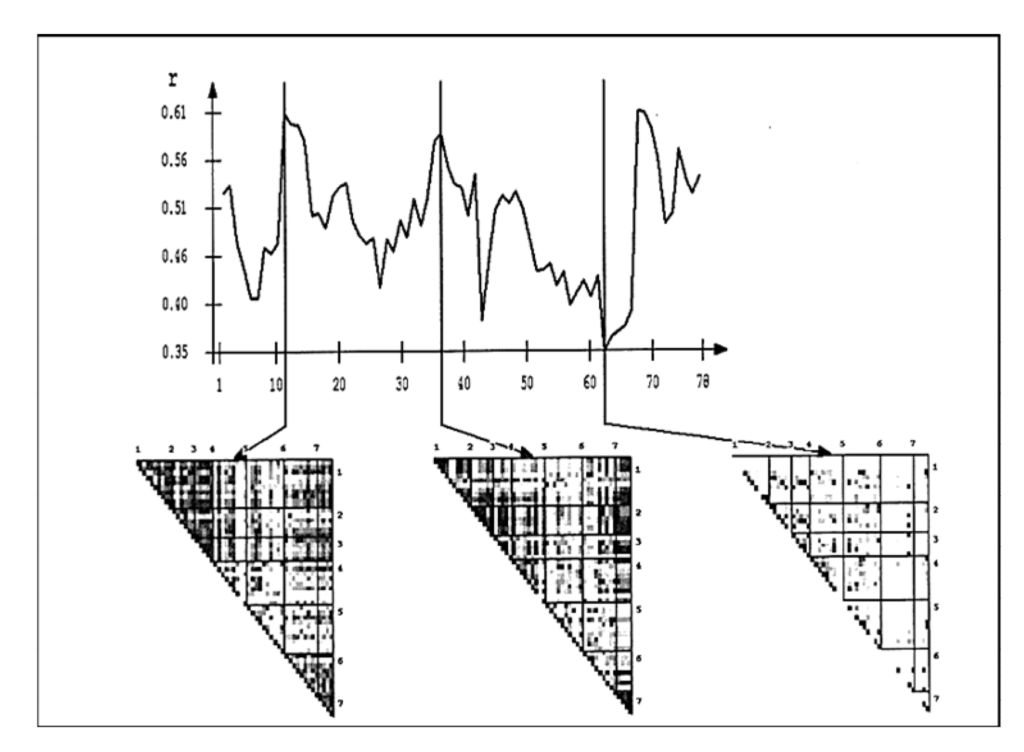
وهناك إمكانية بسيطة لقياس مثل هذه العمليات الاقترانية، تكمن في حساب الارتباط بين المجريات المختلفة. وعندئذ يكون الارتباط بين سلسلتين زمنيتين مرتفعا بشكل إيجابي عندما تكون المجريات متشابهة (حتى عندما يحصل هذا التشابه على مستويات مختلفة). وبالعكس يكون الارتباط سلبيا، إذا كانت المجريات متعاكسة مع بعضها، أي عندما يترافق الارتفاع في سلسلة زمنية مع انخفاض في أخرى، أو عندما تترافق قمة نحو الأعلى بقمة نحو الأسفل. ويكون الارتباط صفريا أو ضئيلا إذا كانت كلتا السلسلتين الزمنيتين مستقلتان عن بعضيهما، أي عندما يبدو أنهما ليستا على علاقة ببعضهما. ومن تحديد التغيرات في درجة تزامن المنظومة فإننا نستخدم هنا أيضا نافذة زمنية تمر على سبيل المثال عبر العملية بعرض نافذة يبلغ سبع نقاط قياس (أي أسبوع عند القياس اليومي). ويمكن في منظومة القيادة التآزرية انتقاء البنود أو العوامل بشكل كيفي، وكذلك عرض النافذة، التي يفترض حساب الارتباط المستمر لها.

فإذا ما أخذنا البنود الثلاثة والخمسين لمقياس العملية العلاجية، فإننا نحصل (مع ن=عدد البنود) ن(ن–1)/ 2=1378 ارتباط في كل نافذة زمنية. وبما أن هذا قد يقود إلى عدد كبير من معاملات الارتباط، فإن هذا الإجراء يقوم بعرض المعاملات بصريا (على شكل درجات رمادية). لهذا نهمل بداية إشارات معاملات الارتباط، بوضعها بالقيمة المطلقة. لقد أشرنا سابقا بأنه حتى الارتباط السلبي أيضا الواضح يشير إلى ارتباط واضح بين متغيرتين، إذ أن مجراها يسير بشكل متعاكس، أي تزامن عكسي inverse

synchrony، أي تتأرجح بين الصفر والواحد، حيث تم تحديد قيمة الصفر بالأبيض والواحد بالأسود. وكل القيم بينهما يتم تعليمها بدرجات الرمادي. وفي النسخة الراهنة من منظومة القيادة التآزرية فإنه يمكن عرض الارتباطات السلبية (بدرجات من الأحمر) والإيجابية (بدرجات من الأخضر)، حيث يتم تمثيل درجات التزامن بين المتغيرات من خلال الكثافة اللونية واتجاه التزامن من خلال إعطاء اللون (أحمر-أخضر).

ومن خلال المصفوفة المثلثية الناتج الذي تم ترتيب البنود داخله حسب العوامل (من 1-7)، نتعرف على أي من البنود وأي مجموعات منها متزامنة الآن بشكل قوي أو ضعيف، أي ربما تكون "مستعبدة" من منظم مشترك (الشكل 8). ويمثل مجرى الارتباط المتوسط الظاهر في كل نافذة زمنية بين كل البنود مقياسا للدرجة الكلية للتزامن. ففي كثير من المجريات التي درسناها في دراستنا ظهرت تأرجحات واضحة بين مراحل التنسيق العليا والدنيا high and low coordination (الارتباط المتوسط) للبنود.

وعبر المجرى يمكن وضع سهم يربط مصفوفة المثلث المطابقة (شكل 8). ويمكن النظر للمجرى كما هو الأمر في فيلم، حيث يمكن قراءة البنى المتغيرة للتنسيق مباشرة من خلال الأنماط الرمادية أو الملونة لمصفوفة المثلث. وبهذا فإنه يمكن في مراقبة الوقت الحقيقي تحديد مراحل الاتساق الكلي المختلف والاتساق المختلف داخل المنظومات وبينها، أو حتى مراحل تقلب البنية على المستوى الزمني لظهورها (يمكن الحصول على معلومات إضافية على الموقع www.ccsys.de وwww.the-human-change-peroject.de).



شكل (8): مجرى الارتباط المتوسط بين كل بنود مقياس العملية العلاجية. تتيح المصفوفات الملحقة التعرف على درجة الارتباط بين البنود مختلفة (مصنفة حسب العوامل السبعة لمقياس العملية العلاجية، قارن جدول 1). ويمكن السير من خلال السهم عبر المجرى والنظر لتغير المصفوفات كما هو الحال في فيلم (قارن **Haken & schiepek, 2006**) وهنا تصبح أنماط التزامن المتغيرة واضحة بصريا، وتظهر المربعات السوداء في المصفوفة القطرية فيما إذا تباين البند المعنى والتباين المشترك أيضا لمقطع ما من المجرى كافيا لحساب الارتباط. ويتيح المربع القطري الأبيض التعرف على أن مجرى البند لا يبدي تباينا كافيا في النافذة المعنية، بحيث لا يكون بالإمكان حساب معاملات الارتباط.

5- نتيجة

لنلخص:

1- يقدم تشخيص المنظومات الديناميكية أدوات للقيادة في فوضى التنظيم الذاتي Instrumentarium for Navigation in Turbulences of Self-organization .

2- إنه يدعم قيادة الإجراء في العمليات المعقدة (في العلاج النفسي على سبيل المثال). وينبغي أن يكون اختيار وملائمة الإجراء حسب المرحلة المعنية للعملية (الفاعلية التكييفية).

3- يتيح تشخيص العملية والنتيجة المدعوم بالكمبيوتر تكامل البحث والممارسة بأن تصبح أية عملية تغير أو تعديل دراسة خاصة للعملية–النتيجة. ويمكن أن يتم بحث العلاج النفسي، وينبغي ذلك- في المكان الذي ينبثق فيه تأثيره بالفعل، أي في الممارسة العملية، أي في التفاعل بين هذا المعالج بالتحديد وهذا المتعالج بالضبط. إن تشخيص المنظومات يموضع مبدأ الممارسة القائمة على الدلائل (الممارسة المسندة) evidence-based practice في روتين علم النفس الإكلينيكي.

4- من المهم بالنسبة إلى الأبحاث الأخرى أن يتم إنجاز جزء النتيجة–العملية process-outcome-portion القائم على الخبرة والسلوك الشخصيين، من خلال نظام كمبيوتر. فمن هنا يستطيع الإنسان التركيز على مظاهر أخرى، أي استقصاء الروابط البيولوجية والقيام بالقياسات الفيزيوعصبية في مجرى المعالجات النفسية (Schiepek & Schoenfeleder, 2007).

10- التشخيص الأسري

Christoph Kaepler كريستوف كيبلر

1- مدخل إلى طيف المهام والمستوى الراهن للتشخيص الأسري

يعيش الأشخاص وينمون في سياقات علائقية. وانطلاقا من هذه الفرضية الأساسية فإنه لا يمكن فهم الأفراد أو الحكم عليهم تشخيصيا - وبالتحديد عندما تظهر الصعوبات- من دون المراعاة الكافية لعالمهم الاجتماعي (أو لعوالمهم الاجتماعية)، ولا يمكن مساعدتهم بشكل مثمر من دون إشراك إطار حياتهم. ومما لاشك فيه فإن السياق الأسري[1] يلعب هنا دورا سياديا.

وبالنتيجة فإن أولى المهمات الأساسية بالنسبة إلى التشخيص الأسري تتمثل في سبر

(1) لا يمكن التطرق هنا إلى الإشكالية الواسعة جدا لتعريف مفهوم الأسرة أو أشكال الحياة الأسرية، الخاضعة اليوم لتحولات دائمة (أنظر حول هذا Schneewind, 1999; Perrez, Lambert, Ermert & Plancherel, 1995; Petzold, 2002; Hofer, Wild & Noack, 2002; Nave-Her,2000).

الظروف الاجتماعية على أساس إمبيريقي، المهمة بالنسبة إلى نشوء أو استمرار أو مواجهة الصراعات العلائقية الأسرية والاضطرابات النفسية في الأسرة (Mattejat, 1985). فالتشخيص الأسري يهتم بعوامل العلاقات الأسرية الداخلية وطيف تأثيرها بالنظر إلى صحة أفراد الأسرة.

وبهذا فإن التشخيص الأسري الإكلينيكي ينطلق من بديهية تستند إلى السياق أو من مبدأ علائقي (Kaslow,1996; Wynne, Shields & Sirkin, 1992)، يتضمن أن الاضطرابات النفسية لا تتجذر مفاهيميا في شخص، وإنما في التفاعلات لأفراد نامين (Jensen, Hoagwood, 1997). وبهذا فإنه يمكن في مثل هذا النوع من الفهم النظر أيضا للسياقات أو المنظومات، كالأسرة على سبيل المثال، على أنها معطوبة (Olson, 1986; Reiss & Klein, 1987). ومن هنا فإنه ينبغي عدم اعتبار عوامل السياق المنظومية أو التبيؤية -(الاجتماعية) على أنها شروط هامشية أو حتى أجزاء من تباين الخطأ المخلة (Mattejat, 1993b) ، وإنما يمكن أن تكون بالتحديد مركز هدف goal focus العملية التشخيصية والإجراءات العلاجية القائمة على ذلك في مقتضى الحال. وضمن ذلك يقع أيضا التحليل المستفيض لمظاهر الموارد وخصائص الشبكة (بالنظر للدعم الاجتماعي مثلا)، التي غالبا ما تكون ذات أهمية إكلينيكية جوهرية.

ومن هنا لابد وأن يعد الإشراك المنهجي لأفراد الأسرة أو للأشخاص المرجعيين المهمين مكونا راسخا لمستويات (الجودة) في حقول العمل العلم نفسي الإكلينيكي.

وتدعم هذه المسلمة من جهة نتائج البحث الإمبيريقي التي تظهر الارتباط بين العلاقات الأسرية والصحة الفردية، حتى وإن كانت هذه لا تحصل من خلال أي نمط تأثير بسيط (أو حتى خاص بالاضطراب)، وإنما تتصف بتفاعل مركب (Denton, 1990; Gehring & Marti, 1993; Hahlweg, 1996; Kaslow, 1993; Krepner & Ulrich, 2002; Mattejat, 1985, Mattejat & Remschmidt, 1995).

ومن جهة أخرى ينبغي لهذه الطروحات أن تتوافق كذلك مع أفق الخبرات

الإكلينيكية للمتخصصين ومن هنا لأن تجد تأييدا واسعا، مع العلم أنه غالبا ما يظل من غير الواضح فيما يتعلق بالتطبيق العملي، ما هي الطريقة التي يتم (يمكن) فيها إشراك الأشخاص المرجعيين بشكل منهجي في العملية العلاجية. وفي حين تتوفر في هذه الأثناء في كل المجالات أدوات موثوقة، فما زال هناك نقص بأدوات الفحص التشخيصية الأسرية والعلائقية. وهذا يعني أنه يوجد خلل بين حجم درجة تمايز differentiation degree الأدوات التشخيصية الفردية الموجودة (قارن المحاور من الأول حتى الرابع في الآي سي دي-10؛ Remschmidt & Schmidt, 1994) مقارنة بالأدوات أو عمليات التقويم القائمة على سياقات العلاقات، التي غالبا ما تتم بصورة أقرب للتصوير الانطباعي[1].

ومن هنا فإنه قد لا يثير العجب ألا نجد عنوانا خاصا بالأدوات التشخيصية الأسرية حتى في الأعمال المرجعية المعروفة (Brickenkamp, 2002) وفهارس الاختبارات السائدة.

وهناك خلل ثان يتضح بين مستوى تطور التدخلات الأسرية بالمقارنة مع الإجراءات التشخيصية الأسرية السابقة لها والمرافقة والتقويمية. غير أنه إذا افترضنا أن نوعية وتوقعات نجاح التدخلات ترتبط بعلاقة محددة بمستوى تطور التشخيص في المجال المعني، فإن هذا الوضع غير مرض على الإطلاق.

ويتعلق العيب الثالث بسلوك استخدام العاملين في المجال الإكلينيكي الميداني، الذين لا يستخدمون كثيرا، الأدوات التشخيصية الأسرية، التي تحقق مستويات نوعية كافية، والتي نقر بأنها ليست ضخمة، ولكنها متوفرة إلى حد ما. (قارن الفقرة 3).

في هذه الأثناء يطلب من المعالجين النفسيين بشكل صريح في منظومات التشخيص الراهنة في إطار التشخيص متعدد الأبعاد القيام بتدوين سياق العلاقة عند الفرد (قارن المحور الخامس في الآي سي دي العاشر ICD-10-Remschmidt & Schmidt, 1994). أما

(1) حتى أن هذا ما دعا ماتيات (Mattejat, 1993b للحديث في هذا المجال عن المأزق الفكري.

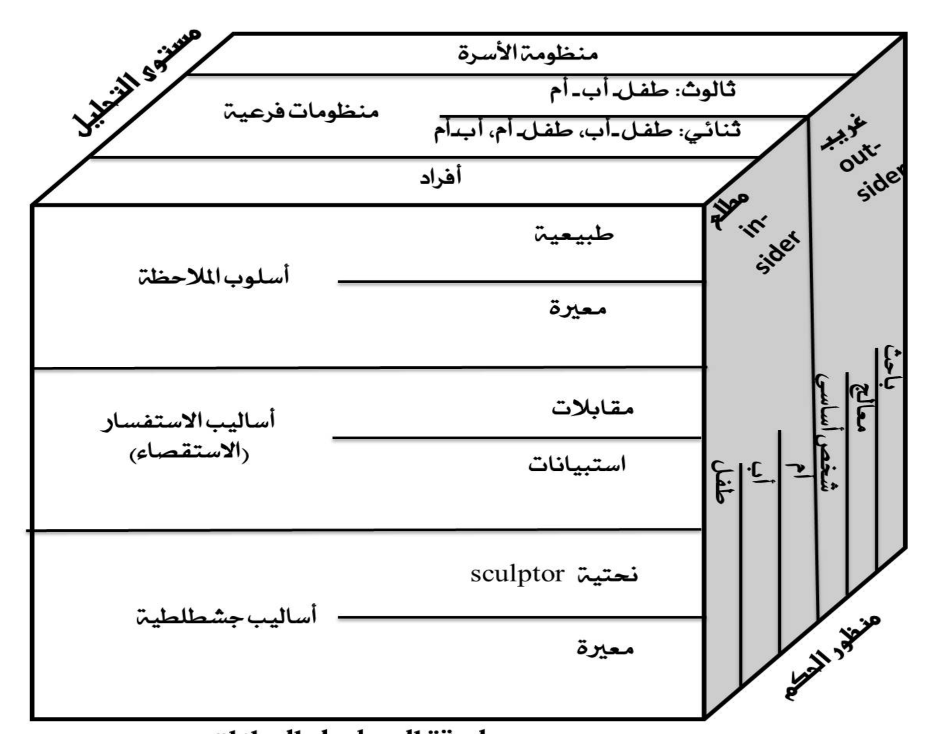
الكيفية التي يتم فيها هذا، فيما يتعلق بعوامل السياق التي يمكن وينبغي فيها هناك الإثبات التشخيصي "لعدم الانسجام في الأسرة بين الراشدين" أو "الرفض العدواني للطفل أو تعيين كبش الفداء"، فتظل متروكة للإكلينيكي الفرد. إلا أن مثل هذه العمليات التقديرية ليست مهمة من أجل الحكم التشخيصي الشامل والمقبول لوحده، وإنما مهمة أيضا بالنسبة إلى التخطيط العلاجي المناسب ونقاط تركيزه (على مستوى العلاقات الأسرية على سبيل المثال).

وطبقا لهذا الهدف تم في الماضي القريب تطوير بعض الأدوات، حتى في المحيط الناطق بالألمانية، أو تعديلها، يمكن أن تستخدم في الممارسة الإكلينيكية اليومية (بشكل اقتصادي) وتتيح نتائج واعدة جدا بالنسبة إلى أبحاث الأسرة (قارن ;Ciepka, 2003 Doepfner, Lehmkuhl, Heubrock & Petermann, 2000; Schneewind, 1999; Schneewind & Schmidt, 1999; Gehring,2000; Remschmidt & Mattejat, 1996). وسوف نقوم بعرضها بداية في استعراض للأدوات وبعدئذ من خلال أمثلة منفردة وهنا وبسبب الأهمية الخاصة للسياق الأسري سوف نركز إلى حد ما على العمل العلاجي مع الأطفال واليافعين وأسرهم، حيث سيتم استثناء مظهر خاص لعلاقة الطفل-الأسرة، أي التربية (قارن حول هذا (Ratzke, Gebhardt & Zander, 2003. وفيما يتعلق بالإجراءات التشخيصية المحددة على تحليل العلاقات الزوجية نحيل القارئ إلى فصل تسمر Zimmer (الفصل 31 من هذا الكتاب).

2. عرض للأدوات في التشخيص الأسري

تشمل الأدوات الموصوفة عالميا لتقييم العلاقات الأسرية طيفا واسعا من المداخل مختلفة النوعية وذات السعة المختلفة كميا - من أدوات ببند واحد (& Steinhausen Wolgensinger, 2004) إلى مقاييس مكونة من مئات البنود (Schneewind,1988b). ومن هنا يطرح السؤال نفسه بداية حول الكيفية التي يمكن فيها تصنيف هذه الأدوات استنادا إلى خصائصها ومجال استخدامها.

وفي صورة عرض للأشكال المختلفة للإجراءات التشخيصية الأسرية يمكن التفريق بين ثلاثة أبعاد أساسية على الأقل تم تلخيصها في الشكل (1).



الشكل (1): عرض للإجراءات التشخيصية الأسرية

ويتعلق الأمر هنا بالأبعاد التالية:

البعد الأول: نوع طرق الحصول على المعلومات

يمكن تقسيم الطرق التشخيصية الأسرية استنادا إلى طريقة الحصول على المعلومات إلى ثلاثة مجموعات من الأدوات (حول الفروق والمقارنة راجع الفصل الرابع عشر من هذا الكتاب).

فمن جهة يمكن استخدام طرق الملاحظة حيث يمكن بمساعدتها فحص التفاعلات الأسرية بشكل مباشر. وهنا يمكن التمييز أيضا بين فيما إذا كانت الملاحظات المعنية تحصل في إطار طبيعي (في البيئة المنزلية على سبيل المثال) أم في مواقف معيرة خاصة من أجل هذا الغرض (في المؤسسة العلاجية على سبيل المثال).

ومن جهة ثانية يمكن وصف مجموعة من طرق التقرير الذاتي، التي تستخدم في صورة مقابلات واستبيانات.

وفي المجال الثالث تقع الطرق الجشطلطية أو التصويرية المجازية، والتي يمكن إدراجها ضمن الطرق النحتية والإسقاطية.

وسوف نعرض في الفقرة الثالثة أدوات تشخيصية أسرية معينة تنتمي لهذه المجموعة.

البعد الثاني: منظور الحكم

كمنظور ثان مهم لابد من تمييز ما هو المنظور الذي يتم الحكم فيه (أو الذي يفترض فيه أن يتم الحكم) على العلاقات الأسرية. ويتعلق الأمر هنا بالسؤال عن المصادر المختلفة للمعلومات (Olson,1977; Hampson, Beavers & Hulgus, 1989)

فإذا ما تعلق الأمر هنا بتقويم عضو من أعضاء المنظومة الأسرية، فإننا نتحدث عن المنظور الداخلي (المطلع أو العارف)، أي المنظور القائم في حالة الأسرة على رؤية الوالدين والأطفال.

وبمعنى فكرة المشاركة لابد من أخذ إشراك الأولاد بشكل خاص، طالما كان ذلك ممكنا، بعين الاعتبار، لأن مفهوم تشخيص الأسرة لا يقتصر بشكل حصري على الوالدين (وغالبا الأم لوحدها) ومنظور الحاكم. وفيما يتعلق بالغريب - أو المنظور الخارجي للحكم- يمكن أن يتم إشراك أشخاص مرجعيين آخرين من المحيط الاجتماعي بعين الاعتبار كالجيران والأصدقاء والمعلمين وزملاء العمل...الخ، ومن محيط الاتصال الرسمي كالمعالجين النفسيين والباحثين العلميين.

ومن البديهي والمثبت علميا (قارن الفقرة 4) أنه (يمكن) التمييز بين مناظير الحكم المختلفة (الذاتي والخارجي)، ومن هنا لا يمكن اختصارها إلى بعضها أو أن يحل أحدها مكان الآخر، وإنما هناك علاقة تكامل (قارن الفصل الرابع عشر).

البعد الثالث: مستوى التحليل

اقترح كروويل وبيترسون (Cromwell & Peterson, 1983) تقسيما لتحليل علاقات الأسرة يتم على مستويات ثلاثة على الأقل:

يمكن أن تكون وحدة التحليل فردا أو عدة أفراد ومناظيرهم وموقعهم داخل الأسرة.

كما يمكن النظر للأسرة في شكل من مجموعة فرعية أو منظومات فرعية، حيث يمكن التفريق بين العلاقات داخل الجيل نفسه (منظومة الوالدين أو الزوجين، منظومة الأخوة الفرعية) والأزواج ضمن الأجيال inter-generation Dyads (علاقات–الوالدان–الطفل) وحسب خصائص معينة (الجنس نفسه، أم الجنس المعاكس). ويمكن عند وجود حجم معين للأسرة التركيز على بنى فرعية أخرى كالتشكيلات الثلاثية والرباعية... الخ.

وأخيرا يمكن أن يكون محور التحليل الأسرة ككل، كمنظومة أسرية ناجمة عن تشكيلة العلاقات بين كل المشاركين.

وتوسيعا للأبعاد الثلاثة المذكورة يمكن طبقا لتعقيد مجال الموضوع أن يتم الأخذ بعين الاعتبار مظاهر إضافية استنادا إلى شنيفيند Schneewind (Schneewind & Schmidt, 1999) (أطلق عليها الباحثون المعنيون تسمية "المضاعفات Multiblisms") لوصف الأساليب التشخيصية الأسرية من أجل الوصف (الوافي قدر الإمكان) لعلاقات الأسرة.

البعد الرابع: مركز التحليل

يمكن أن يستند التحليل إلى السمات البنيوية للعلاقات (كتسلسل الأخوة على سبيل المثال) أو على المظاهر القائمة على العملية (الديناميكية) (تسلسلات أو متتاليات التفاعل Interaction sequences مثلا).

البعد الخامس: منظور الزمن

يمكن لبؤرة الزمن أن تتوجه أكثر إلى الماضي (على مرحلة تأسيس الأسرة على سبيل المثال)، أو الحاضر (المشكلات الراهنة التي قادت للاستشارة على سبيل المثال) أو على منظور المستقبل (توقعات ورغبات أفراد الأسرة).

البعد السادس: بؤرة المشكلة مقابل بؤرة الحل

يمكن أن يتمركز التشخيص على المشكلة القائمة (المنظور النشوئي المرضي patho-genetically Aspect) أو على مظاهر المواد المتوفرة واستراتيجيات الحل (المظهر النشوئي الصحي salute-genetically Aspect) أو كليهما.

وكلا المظهرين الأخيرين يشيران في الوقت نفسه إلى ديناميكية نمو متأصلة في العلاقات الأسرية (قارن Carter & McGoldrick,1988; Seiffge-Krenke,1997).

البعد السابع: التوجه المفاهيمي

يمكن التمييز في الاستراتيجيات التشخيصية الأسرية حسب نوع ودرجة اتجاهها النظري. وهنا نجد إجراءات عابرة للتخصص، وربما أيضا استقرائية/ غائية inductive/functionalistic لتخصص مازال في مرحلة النمو.

البعد الثامن: الفرضيات النظرية النمائية

بالارتباط الوثيق بالنقطة الأخيرة المذكورة هناك يقوم السؤال عن التوجه النظري

المعرفي epistemology (إلى أي مدى يتم افتراض بشكل صريح أو ضمني وجود علاقات سببية خطية أو عمليات تفاعل دائرية في الحدث الأسري).

البعد التاسع: نوع البيانات

يشير هذا البعد إلى ارتباط بالبعدين الأول والثاني ويتعلق بمنظور "ذاتية Subjectivity " أو "موضوعية Objectivity" البيانات التي لا يمكن أن يتم تحليلها في التشخيص الأسري إلى ثنائية dichotomize بسيطة (قارن Mattejat, 1993b) إذ أن المنظور الخارجي للملاحظة (المشاركة) يخضع أيضا لعمليات التقويم الذاتية (الأمر الذي يمكن ترميمه من خلال مقارنات تقديرات متعددة في كل الأحوال)، وبالعكس فإنه لا يمكن الاستغناء عن الطروحات الذاتية لأفراد الأسرة لفهم مقاصد تصرفاتهم وعمليات التفاعل المبنية على ذلك.

البعد العاشر: طريقة الحصول على البيانات والتقويم

تطرح وجهة النظر هذه التي تشير إلى علاقة بالبعد الأول والثالث التفريق بين طريقة استراتيجيات الحصول على البيانات وتقويمها من الناحية الكمية مقابل الكيفية.

البعد الحادي عشر: بؤرة الاستخدام

وأخيرا يمكن في استراتيجيات التقييم الأسرية التمييز حسب مركز الاستخدام في البحث أم في الممارسة الإكلينيكية.

ففي حين أنه يتم في السياق البحثي التركيز بشكل خاص على المعايير الطرائقية القياسية بمعنى محكات الصلاحية التقليدية، فإنه يتم في السياق العلاجي-الإكلينيكي التركيز على وجهات نظر الاقتصاد والعملية التي تحدد مدى الاستخدام (قارن حول هذا Heekerens, 1997,1990)

وفي الحالة المثالية فإنه ينبغي هنا بالطبع ألا يتم الترويج لثنائيات خاطئة (أي بحثية

وإكلينيكية) ، وإنما لابد من تفضيل الأساليب التي يمكن أن تكون مناسبة للبحث و الممارسة الإكلينيكية على حد سواء.

وفي الفقرة الأخيرة من هذا الفصل سنقدم عرضا مفصلا للأساليب الملائمة لإكمال الإمكانات التشخيصية القائمة في الميدان الإكلينيكي والعلمي بشكل مثمر.

3. عرض لأمثلة من الأدوات من التشخيص الأسري

تم ترتيب الأدوات التشخيصية الأسرية المعروضة فيما يلي طبقا لطرق الحصول على المعلومات المعروضة في الشكل (1) - بمقدار ما أمكن ذلك-. وقد تم عرض بعض الأدوات المنتقاة من كل واحدة من المجموعات الثلاثة الرئيسية، التي تم تلخيصها في جدول (1) بغية تسهيل التوجه. ويمكن الرجوع إلى المجلد التوثيقي لسيربكا (Cierpka,2003) من أجل الحصول على عرض شامل تفصيلي لهذه الأدوات وأدوات أخرى.

3.1 أدوات الملاحظة

تقدم أدوات الملاحظة إمكانية مهمة للسبر الدقيق لتعقيد تفاعلات أسرة ما.

وهنا يمكن تقسيم الملاحظات المنهجية بشكل أساسي إلى ثلاث خطوات (Koetter & Nordmann, 2003):

- اختيار موقف ملاحظة معين،
- اتخاذ القرار فيما يتعلق بإجراءات أخرى فيما يتعلق بإعداد البيانات (منظومة التدوين على سبيل المثال)،
- مسألة التقويم اللاحق للبيانات (طرق التحليل الإحصائي على سبيل المثال).

وسوف نتطرق للمظهرين الأول والثاني بشكل أقرب.

جدول (1): عرض لأدوات التشخيص الأسري

الفئة	الأداة	المؤلفون
أدوات الملاحظة	منظومة المراقبة الذاتية الأسرية -Family FASEM – Self-Monitoring-System التحليلات المدعومة بالفيديو (في المحيط الطبيعي أيضا: الاستشارة بالفيديو Video Consultation)	Perrez, M., Berger, R. & Wilhelm, P. (1998) Hawellek, C. (1995)
أدوات سبر		
مقابلات مبنية	المقابلة الأسرية المبنية SFI - Structured Family Interview مقابلة كامبرويل الأسرية Camberwell Family Interview-CFI, FMSS	Watzlawick (1966); Brown & Rutter (1966) Magans, Goldstein, Karno, Miklowitz, Jenkins & Fallon (1986)
استبيانات	مقياس التكيف العائلي وتقويم التماسك Family Adaption and Cohesion FACES - Evaluation Scale مقياس المناخ الأسري Family Environment Scale FES الصورة الأسرية الذاتية SFP - Subjective Family Picture استبيان الأسرة Family Questionnaire اختبار تماهي الأسر FIT- Families-Identification-Test	Olson (1986) Moos, R.H. & Moos, B. S. (1981), Schneewind, (1988) Mattejat & Scholz (1994) Cierpka, M & Frevert, G (1995) Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1999)
أدوات جشطلطية		
أدوات نحتية sculpture	اختبار منظومة الأسر FAST - Families System Test	(Gehring, T. M. (1998, 2. edition)

الفئة	الأداة	المؤلفون
أدوات إسقاطية	اختبار سكينو Sceno Test الأسرة في شكل حيوانات Family in Animals	Staabs, G von (1992, 8. edition) Ermert, C. (1997) Berm-Graeser, L. (2001, 8. edition)

3.1.1 الملاحظة في السياق الطبيعي

هناك إمكانية من حيث المبدأ لإجراء الملاحظة مباشرة في إطار الحياة الطبيعي، أي تحت الظروف الطبيعية للأسرة.

وهنا يمكن كما يظهر الشكل (1) التمييز بين منظور الملاحظ المطلع (الداخلي) والغريب (الخارجي).

ويمكن تحقيق الملاحظة من المنظور الخارجي أو من منظور الآخر من خلال المعالج أو الخبراء الآخرين في المحيط الطبيعي من خلال الزيارات المنزلية. وفي هذا الشكل الذي يندر استخدامه إلى حد ما، من الأسلوب التشخيصي، أو في هذا الأسلوب التدخلي التالي لذلك، يمكن الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها بالطرق الأخرى (من نحو انطباع الظروف المكانية لحياة الأسرة). ومقابل ميزة الصدق التبيؤي المباشر وأهمية الحياة اليومية التي لا تقدر بثمن، هناك التكلفة العالية نسبيا والتدخل في الحياة الشخصية الأمر الذي يتطلب موافقة أفراد الأسرة، والتأثيرات الممكنة للملاحظة بالمشاركة والتأثيرات على النتائج.

ويمكن تجنب هذه العيوب - إلى حد ما على الأقل- من خلال طرق الملاحظة الذاتية في سياق الحياة اليومية، والتي يمكن استخدامها بمساعدة التقنيات الحديثة بصورة مفيدة جدا بالمقارنة مع طرق المذكرات اليومية التقليدية. وسوف نوضح هذا من خلال مثالين:

تم تطوير منظومة المراقبة الذاتية للأسرة Family-Self-Monitoring-System التي يرمز لها اختصارا (FASEM) من فرايبورغ Fribourg ومجموعته، وهي تتيح الحصول على

البيانات بشكل متزامن لدى كل أفراد الأسرة من خلال كمبيوترات يدوية صغيرة Palmtops (كمبيوتر كفي). فعلى إشارة صوتية موزعة على عدة مرات في اليوم (عينة الوقت Time sampling) وعبر فترات زمنية أطول (أسبوع على سبيل المثال) يجيب كل فرد من أفراد الأسرة وبشكل متزامن عن أسئلة تتضمن مظاهر فردية (الحالة الخاصة مثلا) ومظاهر أسرية (الحالة المدركة لأفراد الأسرة الآخرين، التفاعلات الصراعية، محاولات الحل...الخ). وبهذه الطريقة يتم الحصول على معلومات قريبة من الحدث وغير متمثلة (أي مازالت حامية) - ما يسمى "أحداث وانفعالات حامية hot emotions and events"، لم تمس بعد من تأثيرات الاسترجاع المهمة (Kaepppler & Bruegner & Fahrenberg,2001; Kaeppler & Rieder,2001)، الأمر الذي يمكن من الحصول على تصويرة للعمليات الديناميكية (كتبدل الحالة المزاجية في التفاعلات المركبة على سبيل المثال) وإجراء مقارنات متنوعة للمناظير (لفحص القدرة على التعاطف المتبادل في الأسرة على سبيل المثال؛ قارن Wilhelm, 2004).

وهناك إمكانية أخرى للملاحظة الأسرية تكمن في استخدام التصوير في الحياة اليومية، المنتشرة والموصوفة في إطار ما يسمى الاستشارة بالفيديو Video Consultation. وهنا يمكن على سبيل المثال أن يتم الاتفاق على اختيار فترة الجلوس على مائدة الطعام كإطار للملاحظة، تقوم الأسرة فيها بتشغيل كاميرا في أثناء ذلك. ويمكن بعدئذ تحليل التسجيل (ما يسمى "بمجهر المعالج Microscope of Therapist ") من الجانب المهني بداية وبعدئذ بمشاركة الأسرة من أجل اتخاذ خطوات تدخل ملائمة بشكل مباشر، والتي يمكن بعدئذ تقويمها مع استمرار استخدام الطريقة بصورة مرافقة.

3.1.2 المواقف المعيرة للملاحظة

تقوم الفئة الثانية لأدوات الملاحظة على مواقف مصممة خصيصا لغرض الملاحظة. ويتم تقنين هذه المواقف من خلال سمات معينة ويتم بناء التنفيذ مع الأسرة الملموس من خلال تعليمات مطابقة.

وهناك عدة إمكانات لاستثارة مواقف الملاحظة هذه: مهام حل المشكلات ومهام اتخاذ القرارات ومهام حل الصراعات ومهام متعددة الوظائف. فالأمر هنا يتعلق بطيف يمتد من التصميمات غير النوعية إلى حد ما (كموقف حر مع الطفل على سبيل المثال) وانتهاء بمهام خاصة بالمشكلة (مواقف واجبات منزلية على سبيل المثال)، أي مواقف تتنوع في طاقتها المولدة للصراع. ويتم تسجيل فترات الملاحظة بالفيديو من أجل تحليلها اللاحق.

وهناك إمكانية أخرى تتمثل في الاستعانة بلعب الأدوار (التشخيصي)، بالشكل الذي يتم استخدامها فيه في للتحليل الموسع للسلوك في حال الأسر مثلا للتعرف على التشابكات البين فردية لسلاسل السلوك (في نموذج SORCC S: Stimulus →O :Organism→ R: Reaction → C: Contingence→ C: Consequence)، فإن سلوك R شخص ما هو في الوقت نفسه مثير S للآخرين واستجابتهم السلوكية الخاصة). كما يمكن أيضا تصميم تبادل الأدوار، وهي متغيرة يراها المؤلف مفيدة، (كأن تتبادل الأم والبنت الأدوار في موقف العودة في وقت متأخر للبيت على سبيل المثال). وهنا يمكن أن يتضح بطريقة خاصة - حتى بالنسبة إلى المعني نفسه- كيف يعيش [يخبر] أفراد الأسرة بعضهم بصورة متبادلة. بالإضافة إلى ذلك يتم اختبار القدرة على تبادل المنظور وتنميتها، وليس من النادر أن تنشأ حلحلة دعابية لوضع المشكلة المطروقة.

وفيما يلي سوف نتطرق بشكل تلخيصي للاستراتيجيات الممكنة لتدوين وتقويم البيانات الناتجة عن مواقف الملاحظة، بالصيغة التي يمكن فيها استخدامها بالنسبة إلى الملاحظات الطبيعية والمعيرة/ الموجهة.

ويمكن هنا وحسب درجة التمييز المطلوبة التفريق بين الأساليب التحليلية الواسعة (الكتلية molar) والأساليب التحليلية الجزيئية (الفردية Molecular) (Koetter & Nordmann, 2003). ومن بين هذه الأدوات يمكن بإمكانات تفريق متصاعدة التمييز التفريق بين مقاييس التقدير ومنظومات الإشارات (العلامات) والفئات Sign & Category Systems واستراتيجيات تحليل المحتوى.

مقاييس التقدير

في مقاييس التقدير يتم التخلي عن توثيق السلوك. وبدلا من ذلك يتم التركيز على بعض مؤشرات الهدف، والتي يفترض أن يتم تقدير درجة بروزها (Mees, 1977). وفي العادة يلاحظ الملاحظ التعاقبات الكلية للملاحظة ويقدر في النهاية - على أساس الانطباعات المكتسبة- درجة بروز الأبعاد المنفردة. وتعد هذه الطرق التقديرية اقتصادية جدا، إلا أنها لا تتيح أي تحليل تفريقي لمجرى الجلسة أو التفاعل. ومن أجل ضمان نوع من الموثوقية والصدق لابد من اختبار تطابق المقومين على أساس التدريب الكافي واستخدام عدة ملاحظين مستقلين (Wirtz & Caspar, 2002).

وفيما يلي مثال ملموس من مجال التشخيص الأسري:

مقاييس ماربورغ التشخيصية الأسرية

Marburger Families diagnostically Scales

تسبر مقاييس ماربورغ التشخيصية الأسرية (Remschmidt & Mattejat, 1993) تقديرات المشاركة بالجلسة في الجلسات الأسرية، من خلال مجالات مختلفة من المواضيع والمشكلات، ونوعية التواصل من خلال تفاعلات وديناميكات علاقة موجهة والانطباع العام. ويمكن توضيح ديناميكية العلاقة بصورة تخطيطية أيضا وذلك من خلال عرض اتجاهات الارتباط والتباعد بأسهم أو خطوط ذات سماكة مختلفة (Remschmidt & Mattejat, 1998)

منظومات الإشارات

يتم من خلال الإشارات أو العلامات توثيق ظهور أحداث محددة، متفق عليها مسبقا. ويتم أخذ مظاهر مختارة من السلوك الكلي وتسجيل تكرار ظهورها (Mees, 1977).

وكمثال على ذلك نشير إلى منظومة تدوين الأسلوب العاطفي (أو منظومة ترميز الأسلوب العاطفي Affective Style Coding System) لغولدشتاين ورودنيك وجونيس

(Goldstein, Rodnick & Jones, 1981) والتي تقيس فئات لفظية مختلفة ("النقد الشخصي"، "عزو الذنب"، "القراءة الحيادية للأفكار" و"الدعم").

منظومات الفئات

بالمقابل يحاول الفاحص بمساعدة منظومة الفئات وضع مسودة سلوك خالية من الثغرات قدر الإمكان، حيث تتم المحافظة على المجرى الزمني للسلوك المدون (Fieguth, 1977). وتتيح البيانات المكتسبة لاحقا إجراء تقويم للتكرار وتحليل للتفاعل الوظيفي للسلوك الملاحظ.

ومثال ذلك منظومة فئات السلوك للتفاعل الزواجي Category System for Observation Parental Interaction (Hahlweg, Reimer, Kohli, Vollmer, Schindler & Revenstrof, 1984)، التي تتيح من خلال 12 فئة أساسية و27 فئة فرعية التدوين الكامل للسلوك اللفظي وغير اللفظي من جانب المتحدث والسامع.

وأخيرا نشير إلى أن منظومة الإشارات والفئات متوفرة في الوقت الراهن على شكل برنامج مدعوم بالكمبيوتر تسهم في الاقتصاد الكبير للتكاليف (Noldus, 1991; Steininger,2002).

أساليب تحليل المحتوى

وأخيرا لابد من الإشارة إلى إمكانية إجراء التحليل الدقيق على مستوى المضمون التواصلي، والذي لن نتطرق له بالتفصيل هنا (قارن حول هذا Mayring, 2003).

3.2 طرق التقارير الذاتية التشخيصية الأسرية

تتصف طرق التقرير الذاتي بأنها لا تركز على السلوك القابل للملاحظة وإنما على المناظير الفردية وأنماط التفسير للسلوك والخبرة. وفي حين تركز الاستبيانات الموصوفة في الفقرة 3.2.2 على الطروحات الذاتية فقط فإن الأدوات المعروضة في الفقرة 3.2.1

تركز على أدوات المقابلة. وكلا المظهرين يرتبطان ببعضهما، حيث يصبح بالإمكان من خلالهما إجراء ملاحظات ومن ثم النظر في المظاهر التفاعلية. ومن هنا فإن أدوات التقييم الموصوفة ملائمة مبدئيا للاستخدام في المقابلات أيضا.

3.2.1 أدوات المقابلة

يمكن تقسيم أدوات المقابلة الأسرية من خلال درجة بنائها عموما إلى نمط المقابلات الأسرية العيادية وإلى الأشكال المعيرة للمقابلات الأسرية.

المقابلات الأسرية الإكلينيكية

تشكل المقابلة التشخيصية الأسرية المشتركة، أي الاتصال المباشر، أو الجلسة مع الأسرة أساس أي تشخيص أسري، حتى وإن كان بالإمكان إكمالها بطرق أخرى، بل وينبغي ذلك.

وحسب ماتيات وريمشميدت (Mattejat & Remschmidt, 1991) ينبغي للمقابلة الأسرية أن تسترشد بالمبادئ الأربعة التالية: الشفافية، المنظورية perspectivity ، الاتجاه التشخيصي التعاطفي، التوجه النمائي development orientation .

ويقصد بالشفافية في هذا السياق أن يكون فحص الموقف بالنسبة إلى الأسرة واضحا تحت شرط موافقة كل المشاركين، وأن يتم إبلاغ المعلومات وأن يتم توضيح الهدف من الجلسة والإجراءات أو الأدوات التخصصية التي ستستخدم. وفي صورة من المنظورية (المتعددة) ينبغي لكل فرد أن يتمكن من التعبير عن رؤيته وينبغي على المقابل أن يحاول أن يبدي التفهم تجاه هذا الفرد.

كما أن الاتجاه التشخيصي التعاطفي ضروري. ويتضمن هذا الاتجاه من ناحية استقبال كل ما تقدمه الأسرة ومن دون القيام بتقييمات من ناحية أخرى.

وأخيرا لابد من توجيه النظر في شكل من التوجه النمائي ليس على المشكلة فحسب وإنما على الإمكانات الإيجابية للتعديل وتصورات الهدف وإمكانات المساعدة

الذاتية، أي موارد الأسرة. وطبقا لذلك لا يجوز أن تتم المساواة أو الخلط بين المقابلة الأسرية التشخيصية والسيرة المرضية للأسرة، التي تركز على سبر الإرهاقات النفسية في تاريخ الأسرة.

ونحيل القارئ إلى ريل-إيمده (Riehl-Emde, 2003) كمثال على مرشد مضموني للجلسة الأسرية، الذي يقسم الجلسة إلى مراحل مختلفة إلى جانب المظاهر المضمونية.

بالإضافة إلى ذلك يمكن في تنفيذ المقابلات الأسرية استخدام تقنيات خاصة، كالأسئلة الدائرية التي يشترك في عملية السؤال فيها عدة أشخاص في الوقت نفسه وبالتالي تناسب الطبيعة التشابكية للمشكلة (Nordem & Koetter, 2003a)[1].

يضاف إلى ذلك فإن بناء المخطط الوراثي أو العرقي Genogram[2] (McGoldrick & Gerson, 2000) يعد أداة طرائقية مهمة وفي الوقت نفسه هدفا في إطار العملية العلاجية-التشخيصية البادئة، من أجل التمكن من فهم أو تصور التموضع البنيوي (العلائقي) للأسرة وأفرادها في أفق متعدد الأجيال. وهنا يمكن أن يتم إشراك أفراد الأسرة مباشرة لتوليد مثل هذا المخطط (بمساعدة عناصر تشكيلية مطابقة كالصور في مقتضى الحال).

الأشكال المعيرة من المقابلات الأسرية

تحاول الأشكال المعيرة والمبنية من المقابلات الأسرية توليد قابلية عالية لإعادة

---

(1) حول الأسئلة الدائرية راجع للمترجم: العلاج والإرشاد الأسري: مبدأ ذرائعي 2009 دار الكتاب الجامعي – العين-الإمارات العربية المتحدة.

(2) التخطيط العرقي أو الوراثيGenogram : هو مخطط تركيبي للعلاقات بين ثلاثة أجيال تدخل الأسرة بينها ويمثل هذا التخطيط خريطة توضح منظومة العلاقات في الأسرة. إنها طريقة للوصول إلى القضايا الجوهرية في شكل خطوط بدلا من الكلام عنها. وهي طريقة للتعرف على الحدود داخل الأسرة وبين الأسرة والعالم الخارجي وانتماء الأفراد للأسرة.

إنتاج قابلية المقارنة للنتائج من خلال إجراء طرائقي موحد. وهذا يعني أن أدوات المقابلة للجلسات الأسرية تسترشد بالمحكات الطرائقية للبحث الإمبيريقي ولهذا يتم استخدامها في هذا المجال بشكل خاص.

ومجالات الاستخدام الرئيسي لطرق المقابلة المبنية في الأبحاث الأسرية هي بشكل خاص مسائل تشخيص وتصنيف المنظومات الأسرية والدراسات الطولية ودراسات المجرى (العلاجي) والمسائل التنبؤية (Nordmann & Koetter, 2003b).

أما بالنسبة إلى الممارسة الإكلينيكية فإن عيب هذه الأدوات يتمثل في التكاليف العالية، ومع ذلك فقد أثرت بأسلوبها المبني وبالمعارف المكتسبة عن هذا الطرق على الممارسة العلاجية الإكلينيكية، الأمر الذي سنوضحه من خلال عرض أمثلة حول بعض الأدوات.

المقابلة الأسرية المبنية Structured Families Interview (SFI)

يعد هذا الإجراء من الناحية التاريخية واحدا من المقابلات المصممة بشكل خاص للأسر. وقد طوره واتسلافك في عام 1966 وسيحاول تحديد التفاعلات الأسرية استنادا إلى المظاهر البنيوية والديناميكية الأسرية. وهو عبارة عن تجميع لخمس "مهام أسرية" (قارن الفقرة 3.1.2)، مفصلة على الأسرة ككل أو على منظوماتها الأسرية. وهذه المهام الأسرية أو الأسئلة التي ينبغي معالجتها هي (تفاصيل حول التنفيذ موجودة لدى Schneider-Dueker & Dueker,1980):

1- "ما هي برأيك المشكلات الأساسية في أسرتكم؟" (على الأسرة أن تتفق عندئذ على نتيجة موحدة).

2- "أتخططون لشيء، يمكن للأسرة القيام به معا (أو ربما يمكن للأسرة أن تقوم به معا)!"

3- "كيف حصل أن التقيتما أنتما بالتحديد معا من بين ملايين البشر؟" (يتم إجراء هذا الجزء من المقابلة مع الزوجين من دون وجود الأولاد).

4- يناقش الوالدان المثل القائل "لا تعلق الطحالب على الحجر المتدحرج A rolling stone gathers no moss" ويتم توضيحه في الختام للأولاد.

5- يسجل كل فرد من الأسرة الأخطاء الرئيسية للشخص الجالس على يساره. ويتم خلط هذه الأوراق وعلى الأسرة أن تجد العزو لكل شخص فرد.

ويرى واتسلافك (1966) أنه ليس من الضروري إجراء تقويم تفصيلي للمقابلة الأسرية المبنية، ذلك أن النتائج بينة بذاتها self-evidence ومن السهل استخلاصها من خلال الملاحظة المباشرة للمقابل. إلا أن استخدام المقابلة الأسرية المبنية للأغراض البحثية تجعل من استخدام طرق التقويم الموضوعية ضروري (قارن الفقرة 3.1.2)، والتي تعد من جهتها مكلفة جدا بالنسبة إلى الممارسة الإكلينيكية في الغالب. ومن هنا فإنه وعلى الرغم من أن المقابلة الأسرية المبنية تقدم عددا كبيرا من البيانات التفاعلية فإنه لا يمكن عدها بديلا للمقابلات الإكلينيكية أو لتقنيات السبر الاستقصائي (Cierpka, 2003).

مقابلة كامبرويل الأسرية

طورت هذه المقابلة مجموعة براون وروتر (Brown & Rutter, 1966) في مستشفى ماودسلي في لندن وأطلقت عليها تسمية مقابلة كامبرويل الأسرية Camberwell Family Interview (CFI) ، وهي عبارة عن أداة مقابلة معقدة جدا ذات توجه سلوكي أقوى ويحتاج استخدامها إلى تدريب مكثف. ومن هنا فإن هذه الأداة محدودة القابلية للاستخدام في الممارسة الإكلينيكية وتستخدم في البحث وبشكل خاص في دراسات المرضى جسديا وأقاربهم.

ويمكن استخدام مقابلة كامبرويل الأسرية بتعديلات مختلفة: كأداة نصف مبنية مع أقارب المرضى منفردين أو كأداة أقل بناء مع الأقارب والمرضى معا.

وتهدف المقابلة بشكل خاص إلى ثلاثة وجهات نظر:

أ - إنها تركز على مرحلة زمنية محددة ليست بعيدة من حياة الأسرة، وبالتحديد على الأشهر الثلاثة الأخيرة.

ب- إنها تسأل عن تكرارات فعلية لأحداث في حياة الأسرة، من نحو "كم مرة في الأسبوع خرجت الأسرة مساء". وقد تم تحديد المعلومات التي على المقابل استقصائها بالتفصيل، ولكن لم يتم تحديد الأسئلة حول الكيفية التي يتطرق فيها المقابل لهذه البيانات.

ج- وإلى جانب المظاهر المضمونية يتم التركيز على المحتوى الانفعالي بشكل خاص (العواطف المبداة expressed Emotions) والتعابير حول الاتجاهات والمواقف المعبر عنها تجاه أفراد الأسرة الآخرين.

وهناك نسخة أكثر اقتصادية من مقابلة كامبرويل الأسرية المعيرة تسمى عينة- التكلم – لخمس دقائق Five Minutes-Speak -Sample لماغانا ومجموعته (Magana, et al., 1986). حيث يتم الطلب من شريك المقابلة الحديث عن أفكاره ومشاعره حول أفراد أسرته أو وصف المريض المحدد index Patient لخمس دقائق. أما التقويم فيتم بعدئذ من خلال محكات مقابلة كامبرويل الأسرية المذكورة.

3.2.2 التشخيص الأسري عن طريق الاستبيانات

تعد طرق التقارير الذاتية القائمة على أساس الاستبيانات من الطرق المهمة المكملة للأشكال الإكلينيكية أو المعيرة للمقابلات.

لقد تم في الماضي إهمال الاستبيانات كمدخل طرائقي في العمل الإكلينيكي مع الأسرة، بسبب الصعوبات الطرائقية التي تم تقليصها في هذه الأثناء من خلال التقدم النظري.

وفيما يلي سوف نقوم بعرض بعض هذه الاستبيانات الملائمة للسياق الإكلينيكي ونحيل القارئ إلى بيننغهوفن وسيربكا وتوماس (Binninghoven, Cierpka & Thomas, 2003) من أجل الحصول على معلومات تفصيلية.

مقياس التكيف الأسري وتقويم التماسك

مقاييس التكيف الأسري وتقويم التماسك Family Adaption and Cohesion Evaluation Scales هي أداة طورها أولسون (Olson,1986) وأعيد تجديدها في هذه الأثناء تحت اسم مقاييس التكيف الأسري وتقويم التماسك III وIV. ويتم هنا وصف الأسرة من خلال بعدين مستقلين التماسك (التعاضد الأسري) والتكيفية (قدرة الأسرة على الكيف طبقا لمطالب الإرهاق الموقفي والنمائي). ويمثل كل بعد من هذين البعدين وفق رأي الباحثين عاملا تأثير ديناميكيين، برهنا أهميتهما في أبحاث العلاج الأسري. وقد تم عرض المقاييس الفرعية في جدول (2) وتم تمثيلهما ببندين أو ثلاثة. وتمثل الأسرة ككل وحدة الفحص، إلا أنه توجد أيضا نسخ مختلفة للمقاييس الفرعية (كمنظومة الزوجين على سبيل المثال).

جدول (2): أبعاد مقاييس التكيف الأسري وتقويم التماسك والمقاييس الفرعية

التماسك Coherence	التكيفية Adaptability
• الارتباط الانفعالي	• الانفتاح في نمط التفاعل
• حدود الأسرة	• الضبط (التحكم)
• التحالف	• إدارة الأسرة
• تصميم الوقت	• الانضباط
• تقسيم المكان	• معالجة المشكلة
• الأصدقاء	• تقسيم واجبات الأدوار
• عمليات اتخاذ القرار	• القواعد
• الاهتمامات والراحة	

وفي التقويم يتم تقسيم بعد التماسك إلى أربعة مجالات (لين أو رخو loosen، منفصل، مرتبط، مشتبك) وكذلك بعد التكيفية (مشتت، مرن، مبني، صارم). وفيما يسمى بنموذج المنحنى المركب Circumplex-Model " الذي وضعه أوسلون ومجموعته

في عام 1979 كأساس مفاهيمي لمقاييس التكيف الأسري وتقويم التماسك يتم توليف الأبعاد المعروضة أعلاه في مخطط ثنائي البعد وبهذا يحصل على 16 توليفة مختلفة، حيث تشير التوليفات الواقعة في المركز إلى أعلى مستوى من الوظيفة حسب أوسلون (1991).

وتحقق مقاييس التكيف الأسري وتقويم التماسك المستويات العلمية، إلا أنه يوجد حولها خلاف - من نحو فيما يتعلق بانحنائية أضلاع (Curvi-)Linearity المقاييس- الأمر الذي دفع إلى إجراء تعديلات أخرى لمقاييس التكيف الأسري وتقويم التماسك IV(Oslon,1994) . والمقاييس بسيطة واقتصادية في الاستخدام إلا أنها لا تقدم بالنسبة إلى المجال الإكلينيكي سوى مضمون معلوماتي محدود (Beninghoven, Cierpka & Thomas, 2003).

مقياس المناخ الأسري

يقيس مقياس المناخ الأسري Family Environment Scale لموس (Moos, 1990; Moos & Moos, 1981) المحيط الأسري المدرك. ووحدة الفحص هي الأسرة ككل، حيث يتم وصفها من قبل كل فرد من أفراد الأسرة. وتوجد ثلاث متغيرات: ففي التقدير الواقعي يتم قياس إدراك المناخ الأسري الراهن، وتحاول النسخة المثالية تصوير تصور الرغبة لمناخ الأسرة في حين تقيس نسخة التوقع طيف توقعات الأسرة من كل فرد.

يشمل مقياس المناخ الأسري عشرة مقاييس فرعية، بأبعاد ثلاثة أساسية تمثل:

1- بعد العلاقة: التماسك والانفتاح والميل للصراع.
2- بعد نضج الشخصية: الاستقلالية والتوجه نحو الإنجاز، والتوجه الفكري، الثقافي، التصميم الفاعل لوقت الفراغ والمعايير الأخلاقية والدينية والقيم.
3- بعد الحفاظ على المنظومة: التنظيم والضبط.

وقد تم إجراء عدد كبير من الدراسات بوساطة مقياس المناخ الأسري، من بينها بناء طبوغرافية الأسرة. بالإضافة إلى ذلك تم اختبار القدرة التمييزية لمقياس المناخ

الأسري بين الأسر العادية والمعطوبة. يضاف إلى ذلك فقد تم دمج مقياس المناخ الأسري في منظومة الاختبارات التشخيصية الأسرية، إلا أن مجال استخدامه الأساسي يقتصر على البحث فقط.

استبيانات الأسرة

تم تطوير استبيانات الأسرة على أساس مقياس تقييم الأسرة Family Assessment Measure (Skinner, Steinhauser & Santa-Barbara, 1983; Skinner, Steinhauser & Sitarenios, 2000) للمحيط الناطق بالألمانية (Cierpka & Frevert, 1995). وبمساعدة استبيانات الأسرة تعطى الفرصة لكل فرد من الأسرة للتعبير عن رؤيته للأسرة على أبعاد

- الإيفاء بالواجبات
- سلوك الدور
- التواصل
- الانفعالية
- إقامة علاقات وجدانية
- التحكم (الضبط)
- القيم
- المعايير

وكذلك يتم قياس المشكلات الأسرية المدركة بمقياس تقدير مكون من أربعة مراحل. وقد تم بناء مقاييس الأسرة في صورة قابلة للتعديل وتتضمن المكونات التالية التي يمكن استخدامها بشكل أمثل حسب المسألة المطروحة:

- مقياس الأسرة العام General : في استبيان الأسرة العام يتم التركيز على الأسرة كمنظومة.

- مقياس الأسرة الثنائيdyadic: في مقياس العلاقة الثنائية يتم فحص العلاقات على مستوى ثنائي
- مقياس الأسرة – الحكم الذاتي Self-judgment: في مقياس الحكم الذاتي يتم السؤال عن وظيفة عضو الأسرة الفرد في الأسرة.

ومن هذه الناحية فإن مقاييس مناخ الأسرة تتوجه كجزء من منظومة اختبارات مستويات التشخيص الأسري المختلفة الموصوفة في الشكل (1) للبعد الثالث (وحدة التحليل).

بالإضافة إلى ذلك يؤخذ مظهر نمو المنظومة الأسرية (قارن الفقرة 2) في العملية التشخيصية بعين الاعتبار، وذلك بأن تم عمل قيم مرجعية reference value للمقاطع الخمسة من دورات الحياة تستند على المرحل (الحرجة التالية):

1- الأسرة المقبلة، أي الزوجان اللذان ينتظران طفلهما؛
2- الأسرة مع رضيعها، أي بعد ولادة الطفل وفي السنة الأولى من عمره؛
3- الأسرة مع الأطفال الصغار، أي الطفل البكر في البيت بين السنة والحادية عشرة من العمر؛
4- الأسرة مع الأولاد في اليفوع والمراهقة، أي الابن البكر من سن 12 فما فوق؛
5- الزوجان في أواسط الحياة بعد انتقال الأولاد من البيت، أي ما يسمى مرحلة "العش الخالي".

وقد تم عند وضع القيم المرجعية كذلك أخذ الفروق في الإدراك بين الأمهات والآباء والأولاد (قارن الشكل 1، البعد الثاني: منظور التقويم أو الحكم).

وبشكل عام تقدم مقاييس المناخ الأسري عرضا لوظيفية وموارد الأسرة وتتيح الحصول على فحص للحكم التشخيصي مكمل للتقدير الإكلينيكي. فهي تستطيع

المساعدة على تحديد مجالات المشكلات الأسرية وتقدم طروحات كمية حول الوظيفية والوظيفية المعطوبة للأسرة. وتتيح أيضا فحص التغيرات الأسرية (في مجرى العلاج) وهي قابلة للاستخدام بأشكال متنوعة من خلال تصميمها العابر للنظرية (Benninghoven, Cierpka & Thomas, 2003).

الصورة الذاتية للأسرة

كما وصفنا سابقا فإنه حين تجري في التحليلات التفاعلية محاولة الحصول على بيانات موضوعية (قابلة لأن تكون موضوعية) من خلال الملاحظة، يتم في مقياس الصورة الذاتية للأسرة Subjective Family Picture (Mattejat & Scholz, 1994) الإشارة من خلال الاسم بشكل مقصود إلى هذا المدخل الثاني المهم من التشخيص الأسري (قارن الشكل 1، البعد الثاني: المنظور الداخلي (منظور المطلع). فمن خلال التقديرات الذاتية يتم قياس الارتباط الانفعالي (صورة التكافؤ valence picture) والاستقلالية الفردية (صورة الفعالية Potency Picture) من وجهة نظر أفراد الأسرة.

ومن الناحية النظرية يقوم مقياس الصورة الذاتية للأسرة على "نموذج التماسك-النمائي" الموصوف من قبل مؤلفي المقياس. ويتضمن المقياس أبعاد التماسك في الأسرة مع مظاهر الولاء الأسري والاستقلالية وأبعاد النمو مع الظروف الحاثة على النمو والمعيقة له. وعلى عكس مقياس التكيف العائلي وتقويم التماسك ونموذج المنحنى المركب Circumplex-Model" لأوسلون التابع له (قارن أعلاه) فإن "البعد التماسك [...] معنى مختلف كليا [...]، إنه يتضمن على الجانبين وبالمقدار نفسه المظاهر الإيجابية والحاثة على النمو والمظاهر السلبية-الكابحة للنمو بالدرجة نفسها؛ فهي منفردة ليس لها أي قيمة مرضية نفسية بحد ذاتها" (Mattejat, 1993a, S. 68) .

وفي المنظور الطرائقي تستعين الأداة بالتفاضل الدلالي (الفارق الدلالي semantic differential) - مع أزواج من الصفات المتناقضة، أي مقياس ثنائي القطب -، الذي

يرجع إلى أوسغود (Osgood,1957). فكل عضو من أفراد الأسرة يعمل في التفاضل السيمانطيقي ويقدر هنا سلوكه الخاص مقابل الأشخاص الآخرين، وسلوكهم تجاهه، وهو ما يتوافق مع وصف ثنائي الاتجاه للعلاقة.

تتصف المقاييس الموصوفة جميعها حتى الآن بعيب يتمثل في أنها كأدوات استبيانية تقليدية لا يتم تطبيقها إلا على أفراد بعد سن الثانية عشر (وهو ما تمت الإشارة إليه في دلائل مقياس الأسرة والصورة الذاتية للأسرة تحت الحدود العمرية). ومن هنا سوف نقوم فيما يلي بعرض لأمثلة لأدوات مناسبة لأفراد الأسرة الأصغر (منذ سن المدرسة) على الأقل، ومن ثم تتيح المشاركة والقياس التشخيصي الكامل للمناظير المختلفة (حسب البعد الثاني من المكعب التشخيصي الأسري في الشكل 1).

وتعد إدراكات الأطفال مهمة بشكل خاص عندما يتعلق الأمر في الوقت نفسه بالمريض (المحدد identify Patient).

وعلى أدوات التشخيص الأسري الملائمة للأطفال أن تحقق، من جهة، محكات محددة:

1- فعليها أن تكون سهلة البناء والفهم،
2- لا تركز على الجانب اللفظي لوحده، لأنها غالبا لا تمثل قناة التفاعل المفضلة - وذلك حسب مستوى النمو عند الطفل-، التي يستجيب ويتحمس لها الأطفال،
3- أن تتضمن طبيعة أقرب للعب، ومحتوى عال من الإثارة وإطار تصرفي.

ومن جهة أخرى لابد للأدوات الملائمة للأطفال التي يمكن أن تحقق المطالب المذكورة، أن تدفع ضريبة معينة فيما يتعلق بالمحكات الإحصائية الاختبارية المألوفة. إلا أنه ينبغي ألا يفهم من ذلك أنه ينبغي ألا يتم اختبار موثوقية هذه الأدوات على الإطلاق، ولكن في الوقت نفسه لا يعني إخضاعها للمعايير (الصارمة) نفسها (بسبب عدم وجود حجم كبير من المقاييس).

مقياس التماهي الأسري

يمكن بمساعدة مقياس التماهي الأسري Families-Identification Test فحص نمط التماهي والعلاقة داخل الأسرة في العادة منذ سن السبع حتى الثمان سنوات. وقد تم تطوير مقياس التماهي الأسري بالاستناد إلى أدوات رائدة (كيلي GRID، 1955؛ Q-Sort, Stepanson, 1953) من قبل ريمشميدت وماتيات (Remschmidt & Mattejat, 1999). وفي هذه الأداة يتم تقديم 12 بطاقة صفات للشخص المعني. وتمثل الصفات الاثنتي عشرة (واثق بالنفس، مستقل، خواف، متقلب، عصبي، راض، متفهم، هادئ، حيوي، سمير، مراع، ودود) أبعادا مبرهنة إمبيريقيا لوصف الأشخاص (عدم الاستقرار الانفعالي/ الاستقرار الانفعالي"، الانبساط مع مظاهر "النشاط الاجتماعي" و"توكيد الذات"، و"القدرة على التجاوب الاجتماعي"). وقد تم تصنيف هذه الصفات لوصف الشخص نفسه وأفراد الأسرة الآخرين على قطعة من الورق المقوى إلى خمس فئات من "صحيح تماما" إلى "غير صحيح على الإطلاق".

وعلى هذه الطريقة اللعبية يفترض للشخص المشارك أن يصف وفق التعليمات المتعاقبة:

- كيف يرى نفسه هو: صورة الذات الواقعية really Self Picture (R).
- كيف يجب أن يرى نفسه: صورة الذات المثالية Ideal Self Picture .
- كيف يعتقد، (من منظور الآخرين "significance Others")، أنه يفترض له أن يكون: الصورة المتوقعة to be/Expected Picture (وهو ما تم إدخاله حديثا كإكمال للنسخة الأصلية).
- كيف يرى أمه: صورة الأم Mother Picture.
- كيف يرى والده: صورة الأب Father Picture .

ومن بين هذه الصور عن الذات والآخر يمكن الحصول على معامل الارتباط كمؤشر على التشابه أو عدم التطابق بين التمثيلات.

أما أهم الارتباطات الموجودة في سياق الفحص، داخل مستوى مفهوم الذات، فهي:

- بين الصورة الواقعية والمثالية: الانسجام الذاتي (يتصف بالدرجة العالية أو بأقصى درجة: "أنا هكذا، كما أرغب أن أكون").
- بين الصورة الواقعية والصورة المتوقعة: التطابق بين صورة الذات الواقعية والصورة المدركة (على سبيل المثال توقعات الوالدين ("أنا على النحو الذي يتوقع مني أن أكون").

ويحاول قياس أنماط التماهي التي يصعب استقصائها بشكل مباشر - بسبب فهم المفهوم، وصراعات الولاء الممكنة- من خلال مدخل غير مباشر: حيث يتم جعل التماهيات أو اللاتماهيات (التحديدات) إجرائية من خلال حساب العلاقات الارتباطية بين مفهوم الذات ومستويات مفاهيم الآخر. وهنا تظهر كمقادير للتماهي:

- بين الذات الواقعية وصورة الأم/ الأب: تماه واقعي مع الأم/ الأب ("أنا مثل أمي/ أبي).
- بين الذات المثالية وصورة الأم/ الأب: التماهي المثالي مع الأب/ الأم ("أريد أن أكون مثل أمي/ مثل أبي"، وهو ما يميز وظيفة مثل أعلى للأب/ للأم).

ومن الممكن عند وجود أفراد آخرين من الأسرة (كالأخوة أو الأجداد) أو الأشخاص المرجعيين الآخرين من الشبكة الاجتماعية الموسعة بالمعنى الشخصي (على سبيل المثال الصديق المقرب) أو بالمعنى الرسمي (على سبيل المثال المعلم أو حتى المعالج في مقتضى الحال) أن يتم وصفهم بالطريقة نفسها واستخدام الوصف في التحليل. بالإضافة إلى ذلك يبدو أنه من المهم جدا، تطبيق مقياس التماهي الأسري على عدة أشخاص من نفس المنظومة الاجتماعية من أجل التمكن بهذه الطريقة من التوضيح المقارن للرؤى المختلفة عن الذات والآخرين (تعدد المنظور). وتتوفر منذ سن اليفوع

وإلى جانب تقنية إجماع الحوار[1] Lege-Technique الموصوفة توجد نسخة استبيان كبديل يمكن استخدامها لأسباب اقتصادية زمنية أو من أجل عدم استخدام الاتصال وجها لوجه مع الأشخاص.

ويتمتع المقياس بمحكات صلاحية مقبولة. وإلى جانب التفريق بين المجموعات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية فقد برهن صلاحيته كمقياس حساس للتغيير لتصوير العملية والتأثير العلاجيين في المجال الإكلينيكي للاستخدام مع الأسر منفردة وفي السياق البحثي أيضا (Kaeppler, 2005) .

التخطيط الأسري

وأخيرا نشير إلى أداة مطورة حديثا تسمى التخطيط الأسري Familiogram (Teodoro & Kaeppler, 2003)، تستخدم في مواصلة للسوسيوغرام لمورينو (Morino, 1932) طرقا لتحليل الشبكات الاجتماعية (Scott, 2000) لفحص العلاقات الأسرية. والإجراء المبني على أساس نظرية غريفن (Wasserman & Faust, 1994) مصمم بشكل مرن، مما يتيح فحص المفاهيم العلاجية الأسرية المختلفة.

وتكمن الفكرة الأساسية في الحصول على التمثيل النفسي للشبكة الاجتماعية للمفحوصين (Cognitive network Method) قارن (Widmer,1999)، الذي يرتب فيه المفحوص صفات كل المنظومة المعنية بها في ذلك تلك التي لا ينتمي هو إليها. وبهذا يمكن لبنية العلاقة التي يتم الحصول عليها من خلال التخطيط الأسري إعطاء التمثيل المعرفي للأسرة لدى الشخص المعني (Teodoro, 2005).

---

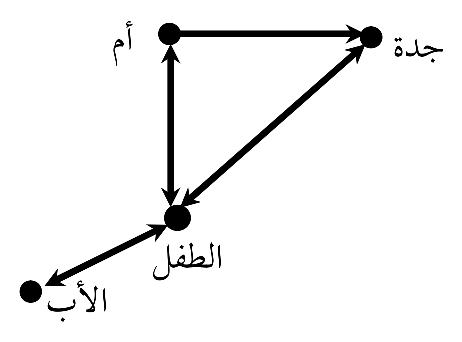
(1) طريقة لتقويم النتاجات اليومية . نحتاج فيها إلى بطاقات و مستخدم على درجة جيدة من التجريد. ويتم من خلالها توضيح المعارف اليومية ومفاهيمها. وتهدف إلى أن يدرك الشخص أو المجموعة مفاهيمه وتقييماته وعلاقاته وغيرها وذلك من خلال التصوير البصري لها.

تتكون الخطوة الأولى لإنجاز التخطيط الأسري في توليد قائمة بكل الأسماء لأفراد المنظومة الأسرية، بأن يتم بداية سؤال المفحوص عمن ينتمي لأسرته. وهذا التحديد الذاتي للأسرة والذي من الممكن أن يكون مختلفا لدى أفراد الأسرة منفردين، هو بحد ذاته مظهر النتيجة (Levin,1993).

تتكون مادة الاختبار في التخطيط الأسري من بطاقات فردية بأسماء أفرد الأسرة كل على حدة، ولوح من الكرتون مقسم إلى خمسة أعمدة من "لا مطلقا" إلى "بالضبط" (مقياس ليكرت من واحد إلى خمسة)، ومن ورقة توثيق، مسجل عليها كل الأزواج الممكنة في منظومة الأسرة بطريقة ثنائية الاتجاه. وطبقا لذلك يتم وضع بطاقات الأسماء بتبادلية زوجية وتقييم العلاقة المعنية من خلال عبارات (Widmer, 1999).

فمن أجل الحصول على التماسك الأسري يتم على سبيل المثال ترتيب العبارة التالية حسب درجة الانطباق: الشخص "A (يسارا)" يشعر بالراحة بقرب الشخص "B (يمينا)".

ولتقييم المخطط الأسري يتم حساب أربع صفات لتمييز الشبكة الأسرية المفحوصة (Theodoro & Kaeppler, 2003; Teodoro,2005): يتم عزو لكل زوج والأسرة ككل قيمة تقارب وتباعد. وكخاصية فردية يتم تحديد قيم للمركزية (التوسط Centrality) والاعتبار Prestige لكل فرد من أفراد الأسرة. إضافة إلى ذلك يتم عمل رسم تخطيطي للعلاقات الأسرية التي تم الحصول عليها، حيث يعطي الشكل (2) مثالا على ذلك.



شكل (2) مثال حول المخطط الأسري

فهنا يعيش الطفل المريض المعني كعضو رابط بين الأب والجانب الأمومي (المكون من الأم والجدة).

فلو قمنا باستبعاد الطفل الذي تعزى له كشخص فرد أعلى قيم الاعتبار والمركزية، فسوف تنهار المنظومة الأسرية إلى منظومتين فرعيتين غير متعاضدتين (غير متماسكتين). وبهذا فإن الطفل واقع فيما يسمى موقع "نقطة التقاطع Cut-point"، الأمر الذي يشير بشكل عام إلى عدم استقرار (تقارب ضئيل) منظومة الأسرة.

3.2.3 الأدوات الجشطلطية

تقود الأداة السابقة الموصوفة في نسختها التخطيطية إلى معبر للأدوات الجشطلطية التي سنصفها فيما يلي والتي تحاول تحديد العلاقات الأسرية بطريقة تصويرية-تمثيلية.

ويمكن تصنيف مثل هذه الأدوات ضمن المجموعتين الكبيرتين من تقنية النحت sculpture technique والإجراءات ذات التوجه الإسقاطي.

الأدوات النحتية

يعد نحت الأسرة مدخلا طرائقيا، يمكن من خلاله سبر بنية تشكيلة العلاقات الأسرية بطريقة كلانية (تناظرية Analog) (Arnold, Joraschky & Cierpka, 2003; Schweizer, Joraschky,1982). ويعمل المفحوص في هذا الإجراء بطريقة ما "كنحات"، يطلب منه رسم أسرته.

ويوجد الكثير من أدوات النحت، منها من يعمل عموما في صيغ تماثيل حية (باستخدام أشخاص واقعيين) وتقنيات نحت تستخدم المستويات الرمزية. إلا أنه لا يمكن استخدام إلا القليل من هذه الأدوات على أساس نوع من التعبير، كما هو الحال على سبيل المثال في اختبار منظومة الأسرة، والتي يمكن أن يتم استخدامها علميا بصورة تتجاوز الحالة الفردية.

اختبار منظومة الأسرة

تم تطوير اختبار منظومة الأسرة (Gehring,1998, in 2. Edition) في جامعات زيورخ وستانفورد يمكن من خلاله عرض العلاقات الأسرية في شكل رمزي. ومن الناحية المضمونية يمكن سبر أبعاد التماسك الأسري (الولاء الانفعالي) وبعد الهرمية (السلطة، وسلطة اتخاذ القرار وإمكانات التأثير المتبادل) التي عرضنا لها في الأدوات الأخرى (مقياس التكيف العائلي وتقويم التماسك والتخطيط الأسري) .

ويتألف الاختبار من لوح مربع الشكل (حقول 9×9)، وتماثيل أو أشكال ذكرية وأنثوية ترمز لأفراد الأسرة وقطع خشبية (قواعد خشبية) بارتفاعات مختلفة لرفع أو إبراز الأشكال، والتي يمكن من خلالها التعبير عن مكانة السلطة والتأثير. وبهذه الطريقة ينبغي على المفحوص أن يعرض أسرته بثلاثة تشكيلات مختلفة. فيطلب منه بداية عرض التمثيل النمطي لأسرته، أي كيف يعيشها في الحياة اليومية، أما التشكيلة الثانية فتتطابق مع التمثيل المثالي، حيث ينبغي على المفحوص عرض أسرته بالشكل الذي يتمناه، وأخيرا يطلب منه بناء التمثيل الصراعي، أي تصوير الأسرة بالشكل الذي تظهر فيه في أثناء مواجهة ما.

وتتنوع إمكانات التقويم، استنادا إلى المؤشرات الإكلينيكية من نحو التحالفات أو انقلابات الهرمية داخل الأجيال وفق النظرية البنيوية للأسرة على سبيل المثال (Minuchin,1977)، مع العلم أننا لا ننصح باستخدام البرنامج الموجود في دار النشر بسبب وجود قيم معيارية غير صحيحة.

ويمكن رؤية حسنات اختبار منظومة الأسرة في إمكانية استخدامه سواء في العملية العلاجية أم في الدراسات الإمبيريقية - بسبب القابلية للتكميم-. فهنا يمكن إظهار القدرة التمييزية للمجموعات الملفتة للنظر وغير الملفتة إكلينيكيا، والتي تختلف عن بعضها في التمثيل النمطي ولكن ليس في التمثيل المرغوب (Gehring & Marti, 1993)، بالإضافة إلى ذلك فإن الأمر يتعلق بأداة غير مرتبطة باللغة - حتى في

التعليمات-، الأمر الذي يمكن استخدامه فيه بدءا من سن السادسة حتى مع عينات من المهاجرين وفي الدراسات عبر الثقافية.

الأدوات الإسقاطية

كما هو الحال في الأدوات الإسقاطية بشكل عام تتوفر من هذا المجال أدوات خاصة بالأسرة تقوم على فرضية أنه يمكن التعبير عن التصورات الداخلية (اللاشعورية أيضا) بوساطة أساليب الاختبار غير المبنية بشكل كبير (غير محددة البناء).

اختبار سكينو

اختبار سكينو Sceno Test لستابس (Staabs,1992 in 8. not changed Edition) يهدف إلى إظهار المعلومات حول حالات الصراع الفردي والعلاقات بالمحيط الاجتماعي، حيث يطلب من المفحوص هنا بناء مشهد بالشكل الذي يريد على مسرح من خلال تقديم صندوق من المواد المؤلفة من أشكال وأشياء. يعقب ذلك حوار يطلب فيه الفاحص من المفحوص توضيح المشهد المعروض وأهمية الأشكال والأشياء وعلاقتها مع بعضها. وإلى جانب يدخل في التقويم أو التفسير البناء الظاهري أيضا، أي ترتيب المواضيع على المسرح، مثال ذلك إلى أي مدى استغل المفحوص المكان المتوفر له (Emert, 1997).

إلا أنه يمكن الطلب مباشرة من المفحوص أيضا في إطار الفحص التشخيصي الأسري المأمول في عرض أسرته في مشهد.

الأسرة على شكل حيوانات

يستخدم اختبار الأسرة على شكل حيوانات Family in Animals المشهور لبريم-غريسر (Brem-Graeser, 2001, in 8. Edition) تقنية إسقاطية بطريقة تخطيطية، حيث يتم الافتراض أنه في عملية الرسم من دون معرفة أو تحكم المفحوص (يمكن) أن تظهر انفعالات ووجدانات مهمة.

ومن أجل ذلك يحصل الطفل كمادة اختبار على ورقة بحجم A4 وقلم رصاص وممحاة. ويعطى التعليمات بتخيل أسرته كاملة قد تحولت إلى حيوانات (من قبل ساحر على سبيل المثال)، ويطلب منه رسم أسرته في الحيوانات المتخيلة بشكل عفوي قدر الإمكان.

وتكون مهمة الفاحص في النهاية بتسجيل تسلسل الحيوانات المرسومة والسؤال عما يمثله كل حيوان من الحيوانات المرسومة من أفراد الأسرة.

ويتم التقويم في شكل سيكوديناميكي وفق ما تم تقديمه من بريم-غريسر (وصولا إلى معنى [تأويل] نوع الحيوان المختار)، إلا أنه من الممكن أيضا وبطريقة متحفظة الاقتصار على مستوى ظواهري-وصفي خالص.

أما العيب الرئيسي في الاختبارات الإسقاطية المعروضة هنا فربما يكمن في أنها قلما تقدم إمكانية مقارنة تتجاوز الحالة الفردية - وبشكل خاص في التقويم والتفسير- بسبب التعبير الضئيل (المقصود)، ومن ثم فهي معرضة لخطر أنها تقدم في بعض الأحيان طروحات حول الأسرة المفحوصة أقل مما تقدمه عن الفاحص (Mattejat, 1993b).

فإذا كانت الأدوات التشخيصية الأسرية بشكل عام يمكن أن تعاني من ضعف في الموثوقية الإحصائية الاختبارية (Heeckerens, 1997, 1990)، فإن هذا ينطبق بصورة خاصة على الأساليب الإسقاطية، لهذا ينصح بعض الباحثين بعدم استخدامها على الإطلاق (Petermann,1997).

ولكن عندما يلقي الإنسان نظرة من هذا المنظور على الممارسة التشخيصية الأسرية الراهنة فإن هذه الأدوات تحظى لدى زملاء المهنة بالأفضلية الكبرى، في حين لا تلعب الأدوات المختبرة والمحققة لنوع من المعايير فيما يتعلق بموثوقيتها أي دور يذكر، كما تظهر الدراسات الواسعة في المحيط الناطق بالألمانية (Bloete, Adam-Schwebe,

(Englert, Schmeck & Poustka,2000; Schorr, 1995). وتقودنا هذه النتيجة المخيبة إلى التأملات الختامية ومنظور المستقبل فيما يتعلق بالتشخيص الأسري في الفقرة التالية.

4. أفكار حول فاعلية ومنظور استخدام التشخيص الأسري

ختاما سوف نتطرق لبعض المواضيع المتعلقة بالتشخيص الأسري. فكما اتضح حتى الآن لا تتوفر في الوقت الراهن كمية من الأدوات التشخيصية الأسرية قائمة على التشخيص النفسي الإكلينيكي المسند، وهو ما تم أخذه بعين الاعتبار بطريقة مقبولة في الأبعاد (الأساسية) للتقويم الأسري المعروضة في الفقرة الثانية (فيما يتعلق إلى حد ما بالاستخدام الممكن لمظاهر علائقية ومستويات تحليل مختلفة) وفي الوقت نفسه يتلاءم مع متطلبات (صلاحية الاستخدام) العملي وانتهاء بوجهات النظر الاقتصادية (فيما يتعلق بالموارد البشرية والزمنية).

إلا أنه من ناحية أخرى إما ألا يتم من هذا المنظور استخدام الأدوات التشخيصية الأسرية على الإطلاق أو يتم الرجوع لأدوات لا تحقق المستويات النوعية (بشكل كاف).

وهنا ينجم عن استخدام بعض الأدوات التشخيصية الأسرية مجموعة من المعلومات (الإضافية) تؤيد بمعنى وجهات نظر الفاعلية، أخذها المنتظم بعين الاعتبار في العملية التشخيصية وهنا سوف نقوم بإعادة تلخيصها مرة أخرى. فالأدوات التشخيصية الأسرية يمكنها أن تسهم في:

1- بناء الحكم التشخيصي المنهجي، الذي يدعم إمبيريقيا مظاهر السياق النفسي الاجتماعي (الذي يفترض أيضا أن يتم تقويمه في إطار التشخيص متعدد المحاور).

2- توسيع أساس المعلومات الأسرية المهمة، والتي لا يمكن الحصول عليها بشمولية واسعة بالمقارنة أو بالدقة الملائمة (فيما يتعلق بالمناظير المختلفة لأفراد الأسرة المختلفين على سبيل المثال).

3- طرح للفاعلية قائم على البيانات وعبور سيال للتدخلات الأسرية، من خلال التغذية الراجعة للنتائج التشخيصية الأسرية على سبيل المثال، التي يمكن أن تحدد – في حال جعل التباعدات في الإدراكات مرئية على سبيل المثال– الخطوة العلاجية الأولى، الأمر الذي تتسع من خلاله في الوقت نفسه عملية تشخيص الأسرة إلى التشخيص للأسرة (Mattejat, 1993b).

4- ضبط العملية العلاجية (وربما الانفعالات غير المتوقعة أيضا) والتأثيرات المستثارة بمعنى الاقتراب من الهدف وتحقيقه (مظاهر التقويم التكويني Formative والتجميعي Summative) وانتهاء بالمسائل التنبؤية (حيث أمكن لماتيات وريمشميدت (1991) على سبيل المثال من خلال نتائج التشخيص الأسري الابتدائي التفريق بين المجريات العلاجية الملائمة وغير الملائمة) ولاختبار الاستقرار الزمني لتأثيرات التدخل (المتابعة).

وعلى عكس التخمينات التي قد تكون قائمة فإن الخبرات فيما يتعلق باستخدام الأدوات التشخيصية الأسرية من جانب المشاركين غالبا ما تلقى استجابات إيجابية، إذا ما راعى المرء بعض القواعد (الأساسية) هنا.

وحتى لو تمت تسمية بعض الأدوات "بالاختبارات Tests" فإنه في العادة ينصح بتجنب الحديث عن "اختبارات" بل لابد من الإشارة بوضوح إلى أنه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خطأ وإنما يمكن لكل واحد أن يعبر عن وجهة نظره الخاصة. بالإضافة إلى ذلك لابد من تجنب كل انطباع بأن الأمر يتعلق بتحديد المسؤول أو المسؤولين ("المذنبين") عن المشكلات التي قادت للمشورة. وإزالة هذه المخاوف بشكل فاعل والتي نجدها – وإن كان بشكل كامن– لدى كثير من الأشخاص، تعد أمرا حاسما بالنظر لاتجاهات الإجابات الممكنة (باتجاه المرغوبية الاجتماعية على سبيل المثال) ومن ثم بالنظر إلى صدق البيانات التي يفترض الحصول عليها. فإذا ما نجح هذا فإن أفراد الأسرة في العادة مستعدون بسهولة للمشاركة بالعملية التشخيصية

وغالبا ما يقدرون بأنه قد أولي الاهتمام الواضح بالعلاقات الأسرية وبوضع كل فرد في الأسرة.

أما فيما يخص تطابق النتائج عند استخدام الأدوات التشخيصية الأسرية المختلفة فقد ظهرت في الدراسات المقارنة في هذا المجال ارتباطات ضئيلة بين طرق الملاحظة وطرق التقرير الذاتي أو بين المنظور الداخلي (المطلع) والخارجي (منظور الآخر)، حتى عندما يتعلق الأمر بقياس البناءات نفسها (Hampson, Beavers & Hulgus, 1989). وبناء على ذلك لا بد من النظر لطرق الملاحظة وطرق التقرير الذاتي على أنها طرق مكملة لبعضها ذلك أنها تظهر فروقا في المناظير والمواقف التي يمكن أن تتجلى بوضوح في التشخيص الأسري، ولا يجوز نكرانها ولا استخلاصها من خلال توحيد القياس (المعايرة standardize) (Mattejat,1998) . بل حتى يمكننا أن نذهب إلى أبعد من هذا والادعاء بأن الفروق التي تظهر مناظير الإدراك المختلفة بالتحديد تمتلك من الناحية التشخيصية قدرة تنبؤية خاصة (استنادا لسوء الفهم والصراعات الناجمة على هذا الأساس) ويمكنها أن ترشدنا مفاهيميا (Spiel, von Eye, Spiel, Resch & Sampl, 2002). وعليه ندعو وفي توسيع لكرومويل وبيترسون (Cromwell & Peterson,1983) بشكل عام إلى مفهوم "متعدد السمات والطرق والمستويات والمناظير "multi trait-multi method-multilevel-multi perspective"-Concept، أي السبر المتزامن لمظاهر أسرية مهمة متعددة (أبعاد أو بناءات متعددة)، بطرق مختلفة (تقرير ذاتي وملاحظة) وعلى مستويات متعددة (فردي، زوجي، أسري) وأخيرا من وجهة نظر الأشخاص المختلفين داخل الأسرة (بإشراك الأولاد) وخارجها. وما زالت مثل هذه التوليفات المنسجمة منهجيا مع بعضها من المداخل المتعددة في التشخيص الأسري أقرب للنادرة. بالإضافة إلى ذلك ومما لاشك فيه لا تبدو الاستراتيجيات الطرائقية والمفاهيم النظرية في هذا المجال الجديد نسبيا والذي ما زال بحاجة للتطوير مستندة على بعضها البعض (Schneewind, 1997) .

5. خلاصة واستنتاجات

اهتم الفصل الحالي بإمكانات وقيمة الطرق التشخيص في الممارسة العلاجية النفسية الإكلينيكية. وقد تم بداية عرض مدخل إلى طيف المهام وأهداف الدراسات التشخيصية الأسرية في المجال الإكلينيكي. وتلا ذلك عرض حول الأبعاد الأساسية للتشخيص الأسري وحول الأدوات المتوفرة في هذا المجال. وفي فقرة تالية تطرقنا بشكل خاص لأدوات منفردة لفحص العلاقات الأسرية وعرضنا لبعض الأدوات التشخيصية الأسرية المبرهن صلاحيتها في الممارسة العملية. وأخيرا تعرضنا لمسائل الفاعلية ومظاهر استخدام التشخيص الأسري في المجال الإكلينيكي. وأخيرا سنقدم في هذه الفقرة عرضا مختصرا للتطورات المستقبلية.

فمن المرغوب واللازم مواصلة العمل على الروابط بين نتائج التشخيص الأسري وعلم النفس المرضي (النمائي) ومنظومات التصنيف - نظريا وإمبيريقيا -. ومن هذا المنظور يستطيع التقدم التشخيصي الأسري أن يسهم في الفهم المنطقي (الموسع) للاضطرابات، إذا ما تم في المستقبل توسيع تطوير تصورات من نحو تلك التي قدمها رايس (Reiss,1996). فهذا التصور Concept يميز بين أربعة أنماط من الظواهر المرضية النفسية القائمة على السياق العلائقي:

1- اضطرابات العلاقة من دون إمراضية نفسية فردية (على سبيل المثال اضطرابات التواصل، أي بين الأفراد وليس داخل الأفراد).

2- اضطرابات العلاقة الأولية مع عواقب فردية ثانوية (على سبيل المثال صراعات الأزواج، التي تؤثر على الحالة النفسية للأولاد، ما يسمى تأثيرات الطفح (Spillover-Effects).

3- الاضطرابات التي لابد من سبر مظاهر العلاقة من أجل صدقها التشخيصي (اضطرابات الطعام على سبيل المثال).

4- الاضطرابات الفردية التي يمكن لمجراها وعلاجها أن يتأثر بقوة بعوامل العلاقة (الاكتئاب أو الإيدز على سبيل المثال).

كما يتوقع حصول تقدم إضافي على جانب التقييم والتحليل فيما يتعلق بالتفصيلات، التي لا تأخذ طرائقيا إشكالية الطروحات المستقلة بعين الاعتبار وإنما الطروحات المتبادلة العلاقة interdependency في مجال التشخيص الأسري. وعليه تتم في نموذج العلاقات الاجتماعية Social relations Model (SRM) (Kenny, 1994, Cook, 1998; Cook & Kenny, 2005; Kenny, Kashy & Cook, 2006) محاولة تفصيل تعابير أفراد الأسرة إلى مصادر تباين مختلفة. وهنا يتم تحديد تأثيرات "الفاعل "actor" effects (كيف يقوم الشخص المعني الأفراد الآخرين في الأسرة بشكل عام؟)، وتأثيرات "الشريك (كيف يقيم أفراد الأسرة الآخرين الشخص المقوم في المتوسط؟)، من أجل التمكن من استخلاص الحصة [المشاركة] "المفردة unique" إن صح التعبير لوصف علاقة ثنائية نوعية.

وأخيرا لنأمل أن يتم التمكن من أن ينطلق من التشخيص الأسري الإكلينيكي المتقدم حوافز مهمة نحو فهم أفضل للعلاقات الأسرية والاستخدام الهادف المبني على ذلك للإجراءات العلاجية الوقائية والإكلينيكية ولتقويمها (Matejjat & Ihle, 2005; Kaeppler, 2005; Mattejat & Remschmidt, 1997). وهذا لا يقتصر بأي حال من الأحوال على التدخلات الموجهة نحو تغيير العلاقات الأسرية فحسب، وإنما أيضا على مظهر التقويم للعواقب أو "التأثيرات الجانبية" الممكنة للإجراءات القائمة على الفرد فيما يتعلق بسياق العلاقة المعني.

11- التشخيص الإكلينيكي للموارد

أولريكه فيلوتسكي Ulrike Willutzki

1. مدخل

إكمالا، وكاتجاه معاكس للتشخيص النفسي الإكلينيكي الذي يهتم بالمحددات المرضية سوف تهتم هذه المساهمة بتشخيص الموارد بالدرجة الأولى. وهنا سوف نتطرق لموضوع رافق علم النفس الإكلينيكي منذ أمد بعيد. إذ كان قد أكد كانفر وساسلو (Kanfer & Saslow,1974,41) أن "نشاطات العمل واللعب الطبيعيين (هي) منطلق لتعديل السلوك أفضل من العلاقة والنشاط المبني بشكل مصطنع. وعليه يمكن [...] مساعدة الإنسان [...]، على استغلال مواهبه كأداة لتغيير السياقات السلوكية من أجل اكتساب أنماط سلوكية جديدة في المجالات التي يكون فيها احتمال النجاح قائما". كما أن شولته (Schulte, 1974) قد استنتج في إطار تحليل المشكلة بأنه يمكن استخدام محاولات ضبط الذات في العلاج.

إلا أنه بطبيعة الحال قد احتل ميدان التشخيص الإكلينيكي النفسي الجانب السلبي

- إذ أن المشكلات في العادة هي سبب العلاج-، سواء أكانت مشكلات أم ضغوطات أو اضطرابات نفسية. إلا أن بعض الباحثين (على سبيل المثال ;Lutz,1983; Kanfer, 1992 Grawe,1980) وكذلك المبادئ المنظومية والمبادئ العلم نفسية القائمة على المحليات (قارن مراجعة كوين ,Coen,2000; Keupp & Rerrich, 1982; Schlippe & Schweizer 1996) قد أكدوا منذ سبعينيات القرن العشرين مرارا على الأنشطة السلوكية والإيجابيات واستثناءات السلوك المشكل أو الموارد. غير أن الموارد في السياق الإكلينيكي لم تصبح "عصرية" ومن ثم مفاهيميا أشد تفصيلا إلا منذ منتصف تسعينيات القرن العشرين (قارن Grawe & Grawe-Gerber,1999; Petzold, 1997; Walter & Peller, 1994). وعليه يصف غراوه ودوناتي وبيرناور (1994) في نتائج تحليلاتهم البعدية حول فاعلية طرق التدخل القائمة على الموارد بأنها واحدة من أربعة عوامل من عوامل تأثير العلاج النفسي عموما، والتي لم يتم إبرازها حتى الآن إلا من خلال المبادئ العلاجية المنظومية وقد اقترح شولته عمل تحليل منتظم للموارد في إطار التخطيط للعلاج ذو التوجه السلوكي الاستعرافي، إلا أنه لم يحدد وظيفة هذا التحليل بالتفصيل. ويمكن إظهار الأهمية الراهنة لهذه التصورات (المفاهيم) من خلال المنشورات حول التشخيص والتدخل القائم على الموارد لدى الأطفال واليافعين (Klemenz, 2003) ومن خلال كتاب مرجعي وكتاب مطالعة حول الموارد في العمل العلاجي (,Schemmel & Schaller 2003). وبهذا فقد ازدادت في التشخيص والتدخل الإكلينيكي في السنوات الأخيرة مساحة موضوع "الموارد" بقوة. إلا أنه مقارنة بالمجال الآخر للتشخيص الإكلينيكي فإن المجال غير متجانس وبحاجة للتطوير الكبير؛ إذ يمكن الاعتماد إلى حد ما على التصورات (المفاهيم) من سياقات أخرى (قارن الفقرة 4.1 "استبيانات لتشخيص الموارد"). ومن أجل التأصيل المفاهيمي لتشخيص الموارد العلم نفس-إكلينيكية سوف نتعرض بداية لتعريف وتحديد مفهوم الموارد. وسنقوم في الختام بعرض الطرق التشخيصية لقياس الموارد عن طريق الاستبيان أو في المقابلة.

2. حول تعريف الموارد

في المراجع كثيرا ما يتم استخدام مفاهيم "قوى strength" أو "طاقات Potential" الشخص أو المحيط بشكل مرادف لمفهوم الموارد (قارن .,Grawe, 1977; Kanfer et al 1996; Karpel & Brauers, 1986; Schulte, 1996). وعلى المستوى اللغوي يتم ربط المشكلات والموارد على مستوى تجريد عال نسبيا كمفهومين متقابلين: حيث تتم مقارنة التوجه نحو قوى الشخص مقابل التوجه نحو المشكلة (& Grawe, 1997; de Shazer, 1989; Walter Peller, 1994) ، مقابل "تقاليد نشوئية مرضية (Antonovsky, 1987)، المرهقات Stressors (على سبيل المثال (Gutscher et al., 1998 والنحيزة (القابلية للإصابة Vulnerability والاستعداد) أو مقابل منظور القصور Deficit Perspective (,Hobfoll, 1989; Nestmann 1996). ومن أجل توضيح علاقتهما عادة ما يتم استخدام التشبيهات التالية:

الموارد والمشكلات كوجهين لعملة واحدة

يرى فيدلر (Fiedler) التوجه نحو الموارد في العلاج النفسي على أنه على الدرجة نفسها من الأهمية إلى جانب التوجه نحو العجز: "بداية كلا هذين الجانبين للعملة نفسها يسفران عن المعنى و المنظور" (1997, P.140)

الموارد والمشكلات كقطبين لبعد واحد

يتحدث جيروزيليم (Jerusalem, 1990) بالنسبة لمجال الإنجاز عن بعد بقطبين "الموارد مقابل النحيزة (الاستعداد للإصابة Vulnerability)". وكذلك ينادي أنتونوفسكي (1987) بتصور المتصل بمعابر مطاطة ونسب مختلطة بين المرض والصحة.

الموارد والمشكلات كأبعاد مستقلة

كما هو الحال بالنسبة إلى الصحة والمرض يمكن افتراض نموذج دائري مستقل فيما يتعلق بالموارد والنحيزة (قارن Becker, 1998; Lutz & Mark, 1995). وهنا يتم وصف حالة الشخص في فراغ ذي بعدين من خلال زاويتين، إحداهما للموارد والثاني للنحيزة (الاستعداد أو القابلية للإصابة).

وفي حين أن الأمر في التصور الوسطي أقرب لاستعارة تؤكد على الرؤى المختلفة للملاحظين، فإن نموذج الأبعاد ونموذج الاستقلالية يمتلك أيضا مضامين منهجية لأدوات قياس الموارد: ففي النموذج البعدي يمكن وضع الموارد والمشكلات مقابل بعضهما بشكل قطبي على مدرج، في حين يتطلب نموذج الاستقلالية التعبير الإجرائي الخاص للموارد. وبمقارنة التصورات (أو المفاهيم) فإن لنموذج الاستقلالية ميزة أنه يمكن أخذ الموارد والمشكلات بعين الاعتبار في الوقت نفسه، ولا يتم "إجراء تسوية" مقابل بعضيهما -كما هو الحال في النموذج البعدي الضيق-. بالإضافة إلى ذلك يسهل هذا التصور التعريف الإيجابي الواضح للموارد: فالموارد لا تظهر هنا على أنها نقص أو القطب المقابل للمشكلات - وهو ما يطابق التعريف الإيجابي بشكل ضمني فقط-، وإنما تكون طاقة (إمكانية Potential) ينبغي وصفها بشكل ملموس (قارن بيكرن 1998)[1]. وبالتحديد بالنسبة إلى الارتباط الإكلينيكي فإن مثل هذا التوجه المشدد أساسي: فالاضطرابات النفسية تتصف بتوجه سلبي واسع يقود إلى ألا يتمكن المرضى إدراك واستغلال مواردهم وبشكل خاص في بداية العلاج النفسي.

ويمكن لتشخيص الموارد أن يمتلك في السياق العلاجي النفسي وظائف مختلفة:

(1) نجد براهين إمبيريقية (جزئيا) على استقلالية جانب المشكلات والموارد ندها في أبحاث العافية (الهناء will-being) (قارن Lucas, Diener & Larsen, 2004).

- الوظيفة النظرية السببية Etiology theoretical Function: في النماذج حول سببية الاضطرابات النفسية يعزى لفقدان أو لتهديد الموارد دورا مهما فيما يتعلق بتطور الاضطرابات النفسية (قارن على سبيل المثال نقاش دور أحداث الحياة الحرجة بالنسبة إلى تطور الاضطرابات الوجدانية (Hautzinger, 1977. ويفترض هوبفول (Hobfoll,1989; Hobfoll & Lilly, 1993) في نظرية صيانة الموارد Resources conservation theory بأن الأشخاص يصبحون قابلين للإصابة بالاضطرابات النفسية أو بالاضطرابات الصحية الأخرى بالتحديد عندما تعني التغيرات في حياتهم فقدانا للمورد (فقدان السكن، الفقر، وتضررات قيمة الذات على سبيل المثال).

- الوظيفة القائمة على التعديل: يمكن أن تشكل موارد الشخص استناد في العلاج النفسي. وهكذا يمكن على سبيل المثال التخطيط لتعديلات السلوك في سياق هوايات أو اهتمامات الشخص (Kanfer & Saslow, 1974) ، وتحليل استثناءات السلوك المشكل بشكل منهجي وفق إمكانات تصرف الشخص (de Shazer, 1989) أو استغلال النشاطات التي كانت تعاش في الماضي على أنها ممتعة بشكل هادف لتنشيط الشخص (Hautzinger,1997).

- وظيفة تنمية العلاقة Relationship promotion Function : يمكن استغلال موارد الشخص أو "الميل للاستجابة Reaction readiness" لديه لبناء العلاقة العلاجية (Grawe, 1998) (قارن بناء العلاقة التكاملية؛ Caspar, 1995; or Grawe, 1998).

- وظيفة تقويم العملية Process evaluation Function : يفترض للعلاقة العلاجية الإيجابية بوصفها متغيرة متطرفة أن تقود إلى مجرى علاجي ملائم (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). ويمكن أن يتم اختبار نوعية موارد العلاقة في مجرى العلاج باستمرار وبهذا إفادة ضبط العملية.

- وظيفة تقويم النتيجة: يفترض أن تتزايد موارد الشخص في مجرى العلاج أو تتزايد كنتيجة للعلاج، وبهذا يمكن استغلالها لتقويم النتيجة.

وسنركز في الفقرة التالية على الفرضيات الأساسية لتشخيص الموارد.

3. الفرضيات الأساسية للتشخيص القائم على الموارد

تمثل الفرضية القائلة: إن الموارد ذات أهمية مركزية بالنسبة إلى مواجهة متطلبات الحياة اليومية والمتطلبات الخاصة أو لمواجهة واجبات الحياة أسس الرؤية القائمة على الموارد. إذ تتعلق الصحة النفسية والجسمية والعافية بامتلاكها واستخدامها. ويقول الطرح بأن كل شخص من حيث المبدأ - حتى المتضرر نفسيا- يمتلك موارد ومن ثم إمكانات لتنمية نفسه أو لبناء حياته بطريقة ملائمة (قارن Grawe,1998; Willutzki, 2000). ويقترح نستمان (Nestmann, 1996, P.362) التعريفات التالية للموارد: "في النهاية كل ما يقدر قيمته شخص معين في موقف محدد أو ما يعاش بأنه مفيد، يمكن اعتباره موارد" ويوضح الشكل (1) هذا التأكيد باعتباره محددا أساسيا للموارد.

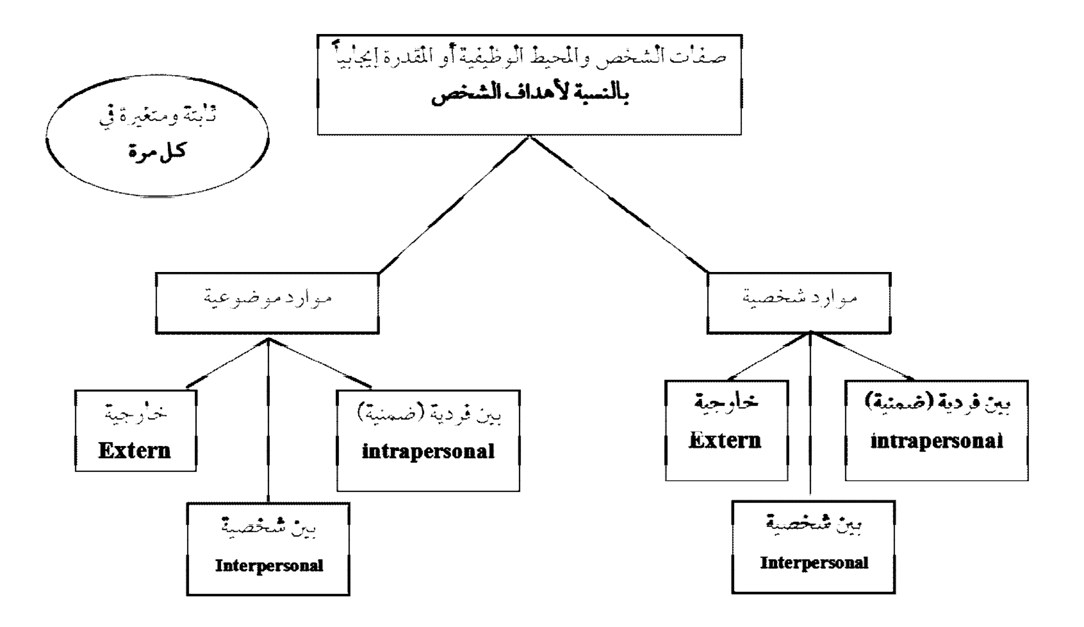
وكما يظهر الشكل (1) تصبح سمات الشخص والمحيط من خلال عزو تقويم إيجابي أو من خلال ما يرتبط بذلك من وظيفية بالنسبة إلى أهداف محددة مواردا (قارن ما يشبه ذلك عند (Grawe, 1997 . وهذا يعني أيضا أنه ليس مهما عموما فيما إذا كانت تمتلك سمات الشخص أو المحيط نوعيات موارد؛ بل أن المهم في النهاية وظيفية الصفة بالنسبة إلى دوافع وأهداف الشخص. وبهذا فإن نوعية موارد صفات الشخص والمحيط تنبثق عن مواجهة الفرد لمحيطه؛ فهي تمثل حدثا ديناميكيا يجري بتفاعل مستمر وتبادلي (=تفاعلي) بين الفرد والمحيط[1].

وعلى المستوى التالي من التجريد يتم في الشكل (1) التمييز بين الموارد الشخصية، أي المدركة من الشخص نفسه، والموارد الموضوعية، أي المنسوبة من الملاحظين. وتبدو الموارد المدركة ذاتيا بالذات حاسمة لمواجهة المتطلبات وللإحساس بالصحة النفسية

---

(1) علاقات تفاعلية شبيهة ندجها في نظرية التعلم أو أبحاث المواجهة. أما أي من استراتيجيات المواجهة تكون فاعلة في الحالة الفردية فلا يمكن تحديد ذلك بشكل عام، وإنما يمكن تحديدها بالنسبة لشخص محدد في موقف أو إشكالية معينة. ويستخلص شفارتسر ومجموعته (2004) من هذه التشكيلة أنه من غير الممكن عموما بناء مقياس متعلق بالأشخاص أو الموقف لاستراتيجيات المواجهة.

[العافية] Will-being (Jerusalem,1990). ويمثل إدراك بعض الموارد نوعا من ما وراء المعرفة حول الإمكانات الذاتية؛ إذ يمكن استغلال "حقيبة العدة" هذه منهجيا لمواجهة المهام. وبسبب الانفعالات السلبية في الغالب في الاضطرابات النفسية المرتبطة من ناحيتها بنقص تيسر الموارد، فإن منظور الملاحظ "الموضوعي" في السياق الإكلينيكي على درجة عالية من الأهمية (على سبيل المثال من خلال الأقارب أو المعالج؛ (Troesken, 2003).



الشكل (1): محددات أبعاد وصف الموارد

وعلى المستوى المضموني غالبا ما يتم التفريق بين الموارد الخارجية والبين شخصية والضمنية (الشكل 1).

ويقصد بالموارد الخارجية كل أدوات المساعدة الطبيعية والاجتماعية والتقنية وكذلك المساعدين في المحيط. وتتنوع الموارد الخارجية، ومن ضمنها كل المحيط الاجتماعي والثقافي والفيزيائي، في حال كان مهما للحفاظ على الصحة (الشبكات الاجتماعية والوضع الاجتماعي الاقتصادي والدخل ومحيط السكن والعمل ومساحة الضبط والتصرف الموجودة في موقف ما على سبيل المثال). فعلى سبيل الذكر يتيح المحيط المادي مصدرا لحاجات مختلفة جدا. وحتى في هذا يعد التقييم الشخصي للمواضيع وتيسرها مهمة لنوعية مواردها. وقد قام كابلان (1964) بعمل تمييز تقليدي للموارد الخارجية وذلك بأن فرق بين الموارد الاجتماعية والاجتماعية الثقافية والمادية. ويقصد بالموارد الاجتماعية الاهتمام والتقبل والدعم الاجتماعي، وبالموارد الاجتماعية الثقافية القيم والأدوار والحقوق الأساسية لمجتمع ما. أما الموارد المادية فهي السكن ومحيط الحياة والغذاء على سبيل المثال. ويفترض كابلان أن نمو الصحة والحفاظ عليها يتعلق بتقاسم الأفراد لهذه الموارد الأساسية بمقدار كاف.

ويتم تقسيم الموارد في مجال الدعم الاجتماعي في العادة من خلال تنميطات مختلفة:

- نوع الدعم (المساعدات الانفعالية والعملية والاستعرافية على سبيل المثال)،
- العملياتية operationalization (المظاهر الكمية أو النوعية كتكرار الدعم الاجتماعي أو الرضا عنه)،
- اتجاه التواصل (إمكانية الحصول على أو الوصول إلى؛ يمكن للعطاء أن يولد لدى الشخص المانح آثار إيجابية؛ قارن Roehler, 2003).

ويمثل كل من شخص المعالج والعلاقة العلاجية نوعا خاصا من موارد الدعم الاجتماعي في السياق الإكلينيكي. فهي تعد مكونا أساسيا لمجال العمل الخاص "العلاج النفسي"؛ فمن خلالها يفترض أن تحصل الحوافز الجوهرية التي تتيح الرجوع عن المشكلة باتجاه الصحة النفسية. غير أن العلاقة العلاجية لا يمكن أن تتفتح بشكل تقديري، وإنما تتفتح طاقة مواردها من خلال التصميم الخاص (قارن Norcross,2002).

وكما يظهر بحث العلاج النفسي- العملية- النتيجة بوضوح فإنه من المهم أن تمتلك الرابطة العلاجية نوعية إيجابية من وجهة نظر المتعالج (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). وقد قدم عدد كبير من الباحثين عرضا للبناءات المهمة في مجال الموارد الاجتماعية (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Fydrich, Sommer & Braehler, in press; Laireiter, 1993; Lopez & Snyder, 2994; Roehler, 1994,2003). وقد برهنت كل هذه الموارد الخارجية أهميتها الجوهرية بالنسبة إلى الصحة النفسية. وبعضها من نحو "الجو الاجتماعي"، والدعم الاجتماعي" وعلاقة المعالج المتعالج (Norcross, 2002)، والتي تم قياسها من خلال عدد كبير من أدوات القياس، ليس له تأثيرا كبيرا على المطابقة العلاجية Therapy Stratification والدافعية العلاجية ونجاح المعالجة فحسب وإنما على العملية التشخيصية أيضا.

وفي توسيع للمنظور على الأسرة ينطلق كل من كاربل وبراورز (Karpel & Brauers, 1986) من الموارد العلائقية والبين شخصية interpersonal. ويقصدان بهذا أنماط أوصفات أو قواعد العلاقات التي تتطور في المنظومات الثنائية والثلاثية، التي تقيد الإمراضية والهدمية في العلاقات الاجتماعية أو تبسط وتغني الحياة المشتركة (من نحو الاحترام المتبادل، والتبادلية reciprocity، والثقة، والكبرياء الأسري والمرونة في التعامل مع التحديات والقدرة على إصلاح الجراح). وبداية عندما يظهر المشاركون تعاشقا في الأنماط السلوكية للمنظومة المعنية تثمر المنظومة المعنية. وعليه هناك جانبان في التعامل البناء مع انهيار الثقة في علاقة ما: الجانب الأول الذي يتحمل مسؤولية السلوك الخطأ والثاني الذي يغفره.

ويقصد كرافت ومجموعته (Kraft et al., 1994, P. 219) بالموارد الداخلية، الضمن شخصية أو الشخصية inter, intrapersonal or personal Resources "أنماط التصرف المتعودة، أي الثابتة موقفيا، والمرنة في الوقت نفسه المحافظة على الصحة ومنظومات القناعات الاستعرافية للشخص"، التي يفترض لها أن تتناسب مع أنماط المواجهة. ويمكن

لهذه أن تكون متغيرات للشخصية وقدرات شخصية ومهارات وقوى الشخص (قارن الفقرة 3).

ويختلف رسم العلاقة بين الموارد الخارجية والشخصية حسب التوجه النظري. وقد تمت مناقشة نماذج مختلفة في المراجع:

- النموذج التجميعي Additive Model : حيث تقوم تأثيرات أساسية من دون تفاعل.
- النموذج التعاوني synergetic Model : تتفاعل الموارد الشخصية والخارجية فيحصل من خلال هذا التفاعل درجة مثلى من الأثر.
- النموذج التعويضي compensation Model: يمكن للموارد الشخصية والخارجية أن تحل مكان بعضها.
- النموذج التشويشي interference Model : تشوش السمات على بعضها، بشكل خاص يمكن للدعم الاجتماعي أن يؤثر بشكل غير ملائم عند وجود موارد شخصية عالية.
- نموذج الدعم- لإرهاق Support-Stress-Model: الدعم الاجتماعي المنشط مفيد فقط عند وجود تقدير مطابق للكفاءة.

وبالنسبة إلى المستوى المضموني لتشخيص الموارد فلابد باختصار من الالتزام بالتفريق بين الموارد الداخلية والبين شخصية والشخصية، مع العلم أن تفاعل الأنواع المختلفة من الموارد معقد.

ولأسباب متعلقة بالحجم المخصص للفصل فإنه لا يمكن تقديم عرض تفريقي شامل للأدوات التشخيصية من جميع المجالات المضمونية؛ وسوف يقتصر تركيزنا فيما يلي على الموارد البين شخصية عند عرض الطرق التشخيصية المنفردة.

فعلى البعد الزمني يمكن التمييز بين الموارد الثابتة مقابل المتغيرة. ويعد المحيط

هيئة شبه ثابتة نسبيا. ويمكن تقويم المدخل إلى الموارد الاجتماعية الثقافية على أنه ثابت نسبيا (للروابط أو الجمعيات على سبيل المثال)، وكذلك نوعية العلاقات الاجتماعية كما هو الحال في العلاقة الزوجية مثلا (قارن الفصل 13 في هذا الكتاب؛ Klann, Hahlweg & Heinrich, 2003) ، أو الأجواء الاجتماعية في الأسرة أو جماعات المساعدة الذاتية أو المرافق العلاجية (أدوات القياس المطابقة ورد ذكرها عند رورله Roehrle, 2003). وبهذا المعنى فإن التموضع المكاني والاجتماعي للشخص (البلد، الاندماج الاجتماعي) ثابت نسبيا. إلا أن الكثير من الموارد هي من النوع العابر، من نحو الأحداث اليومية المفرحة ("الرافعات uplifts" كقطب مقابل للمنغصات اليومية "المشاحنات hassle"؛ Kanner et al.,1981). وأخيرا تعد أشكال الدعم الاجتماعي - باستثناء بعضها- من الأحداث الأقرب للمتغيرة. كما يمكن للموارد الشخصية أن تكون ثابتة (ومن ثم في الوقت نفسه عابرة للموقف في العادة) أو متغيرة: وعليه إما أن يكون شخصا ما واعيا بذاته أو متفائلا بشكل ثابت أو في مواقف محددة فقط. مؤشرات الموارد يمكن مبدئيا أن تكون كل "الميول الاستجابية" (Grawe,1998) أو سمات الشخص أو علاقاته أو ظروفه الحياتية: لغته، عاداته، مشاعره، قصصه المألوفة (أو حتى غير المألوفة)، أسئلته واستجابات في العلاج، اتصالاته بالآخرين واستجاباتهم عليه، مكانته الاجتماعية أو المهنية. ومن هنا فإن الربط مع ما يثمنه الشخص بصورة واضحة مفيد لأنه يتعلق بشكل خاص بقيمه الأساسية وأهدافه طويلة الأمد، وهو ما يدركه كموارد.

غير أنه من المنظور الوظيفي يمكن بداية أن "تتجلى" المظاهر المقومة سلبيا كموارد: ما هي الأهداف التي يخدمها السلوك - الذي من الممكن أن يكون منظورا له على أنه إشكالي-؟. وكما اتضح في تحليل الخطة أو التصويرة، فإن أنماط السلوك الإشكالية تمثل محاولات حل فاعلة للمشكلة أيضا، والتي تشير من ناحية إلى ما هو مهم بالنسبة إلى الشخص ومن ناحية أخرى يمكن استخدامها كطاقة استجابة (Caspar, 1995) .

4. الطرق التشخيصية

على خلفية التفريقات التي قمنا به أعلاه سنقوم في الفقرة التالية بعرض الطرق المنفردة التي يكثر ذكرها في المراجع حول تشخيص الموارد. وسوف نقتصر هنا على تلك البناءات التي تم وصفها بشكل إيجابي واضح على الأقل[1]. وسوف نتطرق بداية للاستبيانات وننتهي إلى أدوات المقابلة.

4.1 استبيانات حول تشخيص الموارد

يمكن التمييز في استبيانات تشخيص الموارد بين تلك الأدوات التي تهدف إلى القياس الشامل للموارد وتلك المقاييس التي تقيس بناءات منفردة. وسوف نتطرق بداية إلى الأدوات التي تقيس مجالات واسعة ثم يليها عرض للأدوات النوعية.

4.1.1 قوائم بيرن للموارد لقياس موارد المرضى من منظور تقويم الآخر

ترتبط قوائم بيرن للموارد لقياس موارد المرضى بشكل وثيق بالسياق النظري لنظرية الاتساق consistency theory للوظيفة النفسية عند غراوة (1998) [2]. ويتم هنا تعريف طاقة الموارد Resources potential على أنها "القدرات التي يمتلكها الإنسان للسير في أهدافه ومتابعة حاجاته الأساسية (المرجع أعلاه صفحة 2)؛ وتقاس بوساطة قوائم بيرن للموارد عبر منظور الآخر (من خلال المعالج أو الأقارب على سبيل المثال).

---

(1) يتكرر ظهور منشورات تتحدث عن تشخيص الموارد، إلا أنها تقتصر على الإرهاق (الضغوط) وغالبا ما تقوم على أساس المقاييس الإكلينيكية التقليدية (مثال: Jack, 2001). وعيب هذه الممارسة أنها مقيدة بنموذج بعدي ضيق مع غياب الوضوح لقطب الموارد وتبدو غير مجدية بالنسبة لتشخيص الموارد.

(2) يميز تروسكن (Troesken,2003) على أساس نظرية الاتساق لغراوة بين إمكانات الموارد (طاقة الموارد Resources potential) (أنظر أعلاه) وتحقيق الموارد. ويعبر تحقيق الموارد الراهن حسب تروسكن "الدرجة الراهنة لإشباع الحاجات وبهذا فهو يشكل مقياسا لخبرة الانسجام الراهنة عند الناس فيما يتعلق بحاجاتهم الأساسية" (P.2). وبهذا يوجد في تحقيق الموارد تداخلات كبيرة مع الصحة النفسية أو الإرهاق؛ وسوف لن نتطرق لقائمة بيرن لقياس تحقيق الموارد الراهنة.

وقد تم تطوير قوائم بيرن للموارد على أساس مفاهيم نوعية للحالة qualitative Case Concepts . وتشمل على 16 مقياس تتضمن 78 بندا:

- الكفاءة الاجتماعية
- التجذر الاجتماعي
- التجذر الأسري
- الانفتاح الانفعالي
- التفاؤل، الحظ (التوفيق)، خبرة المعنى
- كفاءة التصرف Action Competence
- القدرة على مواجهة الإرهاقات اليومية
- القدرة على التفكير المستقل والتصرف
- خبرة قيمة الذات
- الدوافع والتأمل عن الذات self reflexion (الاستبطان introspection)
- الدافعية للتعلم
- الانفتاح في التواصل
- الخيال والإبداعية
- الموهبة العقلية
- الهوايات والاهتمامات
- تقبل الحاجات الخاصة، حوافز التعديل.

ويقع الاتساق الداخلي للمقاييس الفرعية بين (0.72 و0.89) (ألفا كرونباخ). ويمكن اختصار المقاييس إلى ثلاثة عوامل:

- الموارد في مجال كفاءة التصرف والاستقلالية
- الموارد في مجال التواصل والانفعالية
- الموارد في مجال تفتح الذات

وتتراوح قيمة ألفا كرونباخ بين (0.82 و0.88)؛ وتفسر هذه العوامل الثانوية ما مقداره (0.68.8٪) من التباين الكلي ويمكن جمعها في مؤشر كلي.

وقد استخدم تروسكن (2003) الأداة في سياقات مختلفة. وفي السياق الإكلينيكي ترتبط الأداة بالموارد المقدرة من المعالجين قبل بداية العلاج بشكل إيجابي إلى حد ما مع الحالة من منظور المرضى في بداية العلاج؛ وكانت هنا خبرة قيمة الذات والتفاؤل وكفاءة التصرف والقدرة على مواجهة الحياة اليومية من منظور المعالجين مهمة. وارتبطت مقاييس الدافعية ودافعية التعديل بشكل أقرب للسلبي مع الحالة؛ فمن منظور الموارد تمثل هذه الموارد من أجل القبول في العلاج أو الدوافع للتعديل. ولاتوجد ارتباطات بالموارد قبل العلاج ومع نجاح العلاج إلا بشكل محدود (قارن تروسكن وغراوه،2003).

4.1.2 استبيان بوخوم للموارد

كما أشرنا سابقا ترتبط الاضطرابات النفسية بالتوجه السلبي، الذي يصعب على المرضى وبشكل خاص في بداية المعالجة تسمية مواردهم. وانطلاقا من هذه الإشكالية اقترح كل من فيلوتسكي ونيومان وكوبان (Willutzki, Neumann & Koban, 2005) مجالات بحث مختلفة لإمكانات الموارد قارن جدول (1):

- **المواجهة الإيجابية العامة للحياة:** مجالات الحياة التي يتعامل معها الشخص دائما بشكل جيد، الذي يحقق فيه أهدافه والراضي عنها أيضا في الوقت الراهن.
- **الأزمات المواجهة بشكل جيد:** المجالات المعاشة بصورة إشكالية في الأوقات الماضية، التي يقول عنها الشخص في الوقت الحاضر بأنه قد واجه المهام الناجمة عنها بشكل جيد. فمن منظور علم نفس المواجهة يكتسب الشخص في التعامل مع الإرهاقات اليومية وأحداث الحياة الحرجة خبرات للتعامل مع المعضلات المطابقة (قارن Hobfoll, 1989).

- **مجالات المشكلات الراهنة**: المضامين في سياق الصعوبات المتطرق لها في العلاج النفسي. وبالتحديد في السياق العلاجي المنظومي يتم في إطار المناظير القائمة على الموارد الإشارة إلى الأهمية الخاصة "للاستثناءات" أو تأرجحات السلوك المشكل الراهن أو إرهاقات المشكلة – أو في المجرى اللاحق للعلاج (de Shazar, 1989; von Schlippe & Schweitzer, 1996). وهي تعد أنماطا معينة من سلوك الشخص وطبقا لهذا يتم تحليلها بناء على الأجزاء القابلة للضبط والتأثير من الشخص، من أجل جعلها مثمرة بالنسبة إلى العمل العلاجي. وإلى جانب مواجهة المشكلة فإن الدافعية للعلاج ودافعية التعديل مهمة أيضا في هذا السياق.

وعلى أساس هذا التفريق قام كل من فيلوتسكيي وستيلكينز (Willutzki & Stelkens, 2006) بتطوير استبيان يقيس بالنسبة إلى مجالات الحياة الثلاثة "المواجهة العامة للحياة" و"الأزمات المواجهة بنجاح" و"الإشكالية الراهنة" المظاهر الإيجابية في كل منها لتوجيه التصرف ولقيمة الذات وللراحة/ الاسترخاء وللدعم الاجتماعي (بعدد من البنود يتراوح بين ثلاث إلى ستة بنود). وتم تطوير صيغة مرادفة بالنسبة إلى مجال الإشكالية الراهنة لسؤال المعالجين. بالإضافة إلى ذلك يقدر المرضى والمعالجين اتجاه المريض نحو العلاج النفسي. ويتراوح الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) لمقاييس المرضى بين (0.63 و0.89)؛ وبلغ معامل الصدق بالنسبة إلى مقاييس المعالجين بيم (0.67) و0.93).

وفي إطار دراسة لـ 103 من المرضى في إطار العلاج المركزي قدر المرضى في بداية العلاج مواردهم في مجال الإشكالية الراهنة أقل مما هو الأمر استنادا إلى المواجهة العامة للحياة. وهذا يؤيد أنه من المفيد بالنسبة إلى تشخيص الموارد في علم النفس الإكلينيكي البحث (أيضا) خارج مجالات المشكلة الراهنة من أجل فسح المجال لمدخل أفضل للميول الاستجابية التي قد تكون مفيدة في العلاج. وكما هو متوقع ازداد تحقيق الموارد في مجرى العلاج؛ وانطبق هذا بشكل خاص على الإشكالية الراهنة وجزئيا على

المواجهة العامة للحياة. فإذا قارنا مجالات "الإشكالية الراهنة" و"المواجهة العامة للحياة"، فقد كان مستوى تنظيم التصرف والثقة بالنفس/ التفاؤلية في المواجهة العامة للحياة بداية أعلى من الإشكالية الراهنة؛ وظهر بالنسبة إلى الراحة/ الاسترخاء والدعم الاجتماعي النمط المعاكس. وفي نهاية العلاج لم تظهر فيما يتعلق بتنظيم التصرف والتفاؤلية أية فروق بين المجالات المنفردة من الموارد مع وجود مستوى مرتفع من تحقيق الموارد، مع الاستمرار الواضح في استغلال الراحة/ الاسترخاء والدعم الاجتماعي في مجال الإشكالية الراهنة.

وفيما يتعلق بالإشكالية الراهنة قدر المعالجون موارد مرضاهم بصورة أقل من تقدير مرضاهم أنفسهم (قارن تروسكن، 2003). وفي نهاية العلاج لم تظهر فروق بين المعالجين والمتعالجين فيما يتعلق بالثقة بالنفس أو التفاؤلية عند المتعالجين واستغلالهم للاسترخاء/ للراحة.

وتمتلك تقديرات الموارد من قبل المرضى والمعالجين في بداية العلاج قيمة تنبؤية بالنسبة إلى نجاح العلاج فيما يتعلق بتعديل الخبرة والسلوك: فالمرضى الذين يمتلكون موارد واضحة في بداية العلاج: فالمرضى الذين يمتلكون موارد واضحة في بداية العلاج يقدرون التقدم في العلاج بشكل أكثر إيجابية من المرضى الذين يمتلكون موارد ضئيلة في البداية. ولم تكن هناك ارتباطات واضحة بتعديل الأعراض أو بتراجع التشويش (ضعف المعنويات). وفي نهاية العلاج ارتبطت تقديرات الموارد من قبل المتعالجين والمعالجين مع نجاح العلاج بشكل واضح.

4.2 مقاييس لقياس بناءات منفردة من الموارد

إلى جانب الطرق الشاملة لقياس الموارد تم تطوير عدد كبير من الأدوات المنفردة لقياس بناءات "يشتبه بها كموارد".

وفيما يلي من الحديث سوف يتم عرض استبيانات منفردة من هذا السياق في

جدول أو ستتم الإشارة إلى المراجع المتعلقة بذلك لأسباب متعلقة بالحيز المتاح لنا. وتعتبر هنا التقييمات الإيجابية للذات ولإمكانات التصرف والمستقبل أبعادا عليا (Willutzki,2000)؛ وسوف نتعرض بالإضافة إلى ذلك للعمليات الإيجابية والنتائج والموارد الخارجية مع التركيز على الموارد الاجتماعية" (قارن جدول 1).

ويوضح الجدول (1) بأنه في مجال تنظيم السلوك يقوم تشخيص الموارد بشكل خاص على أبعاد "معنى التصرف الذاتي" (على سبيل المثال استبيان إحساس التماسك) أو إمكانات الضبط الذاتي (على سبيل المثال استبيان لتوقعات الكفاءة الذاتية أو قناعات الضبط [مركز الضبط] وحول معنى التماسك). ويمكن قياس التأثيرات الإيجابية التي تعد ككل موجهة لتشخيص الموارد، بصورة خاصة (استبيان الحالة) أو يتم بوئرتها على أنها أقرب للعملية والنتيجة الإيجابيتين (الحالة أو الصحة الذاتية subjective Well-being or Healthy). وتلعب منظورات المستقبل في شكل التفاؤلية أو الأمل دورا مهما.

ويتم تشخيص العمليات الإيجابية من خلال قوائم المعززات والنشاطات الإيجابية المريحة على سبيل المثال. ولتشخيص استراتيجيات المواجهة أو قدرات حل المشكلات يتوفر عدد كبير من الأدوات المنفردة؛ وبالتحديد في هذا السياق فقد تمت مناقشة الطبيعة التفاعلية للأدوات التشخيصية بالتفصيل (قارن شفارتسر وكنول، 2004).

جدول (1): استبيانات لتشخيص بناءات الموارد منفردة

المجال	المفهوم Concept	عرض أو أمثلة
التقويم الإيجابي للذات	مشاعر القيمة الذاتية	مقياس روزينبيرغ (Ferring & Fillipp, 1996)
	تقدير قيمة الذات	المقياس الفرعي لتقدير قيمة الذات لمقاييس فرانكفورت لمفهوم الذات (Deusinger, 1984)
	مشاعر القيمة الذاتية (متعدد الأبعاد	فليمنغ وكورتني (Fleming & Courtney, 1984)؛ ترجمة ألمانية شوتس (Schuetz,2002).
	تقبل الذات	مقياس تقبل الذات (Sorembe & Westhoff, 1979)
الموارد في مجال تنظيم التصرف	إحساس التماسك	استبيان الإحساس بالتماسك "Sense of Coherence" (أنطونوفسكي، 1987).
	القدرة على التحمل hardiness (القدرة على المقاومة)	استبيان القدرة على التحمل (Kobasa, 1979)
	توقعات الكفاءة الذاتية	كسؤال متعلق بالموقف: "إلى أي مدى تعتبر نفسك قادرا على مواجهة (المهمة المعنية)؟" (باندورا، 1997)
	توقعات الكفاءة الذاتية المعممة	استبيان توقعات الكفاءة الذاتية المعممة (شفارتسر، 1994)
	قناعات الضبط (مركز الضبط)	استبيان الكفاءة وقناعات الضبط (Krampen,1991)
	المشاعر الإيجابية	جدول الانفعالات الإيجابية والسلبية Positive and negative effect-schedule (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Krohne et al.,1996)
	الحالة الإيجابية	مقاييس الحالة (Abele & Brehm,1986)

المجال	المفهوم Concept	عرض أو أمثلة
التقويم الإيجابي للمستقبل	التفاؤلية	مقياس التوجه نحو الحياة (Scheier & Carver, 1985; Wieland-Eckelmann & Carver, 1990)
	الأمل	مراجعة للوبتز وسنايدر وبيدروتي (Lopez, Snyder & Pedrotti,1990)
العمليات والأحداث الإيجابية	القدرة على حل المشكلات أو استراتيجيات المواجهة	مراجعات لدى (Bruederl,1988;Porter & Stone (1996); Schwarzer & Schwarzer, 1996; Hoppner & Wang, 2004; Schwarzer & Knoll, 2004)
	الإحساس الذاتي (أن يكون الإنسان بخير)، نوعية الحياة	مراجعة لدى (Schumacher, Klaiberg & Braehler,2003) قائمة ميونخ لأبعاد نوعية الحياة (Heinisch, Ludwig & Bullinger,1991)
	الصحة	مراجعة لدى (Schumacher, Klaiberg & Braehler,2003)
الأحداث الإيجابية	قوائم التعزيز	على سبيل المثال (Cautela & Kastenbaum, 1967)
	الأنشطة المحبوبة	قائمة الأنشطة المحبوبة (Hautzinger,1997)
	(الرافعات Uplifts) الأحداث اليومية الإيجابية	مقاييس الرافعات والمزعجات hassles and Uplifts Scales (Kanner, Coyne, Schaefer W& Lazarus, 1981; Quasr, Jeruselem & Faulhaber, 1983)
	الأحداث الحياتية اليومية المهمة انفعاليا	استبيان لقياس الأحداث الحياتية المهمة انفعاليا (Schmidt-Atzert,1989)
الموارد الخارجية	الدعم الاجتماعي	مراجعة لدى (Clhen, Underwood & Gottlieb,2000; Laireiter, 1993; Lopez & Snyder, 2004, Roehrle, 1994, 2003) استبيان الدعم الاجتماعي (Fydrich, Sommer & Braehler, im Press)

ولتوضيح المشكلات، الناجمة عن عند استخدام الاستبيانات لتشخيص الموارد سوف نتعرض فيما يلي بالتفصيل أكبر لتشخيص مشاعر القيمة الذاتية.

يقصد بمشاعر القيمة الذاتية المظهر التقويمي لمفهوم الذات بوصفه التقويم الكلي للذات بوصفها ذات قيمة أو غير ذات قيمة. (Heatherton & Wyland, 2003). ومشاعر القيمة الذاتية وتقبل الذات يمثلان بناءان متداخلان ولكنهما ليسا متطابقان (للتفاصيل قارن (Schuetz.2003. وبمقارنة الأدوات المختلفة لقياس مشاعر القيمة الذاتية ينصح من جهة باستخدام مقياس روزينبيرغ Rosenberg-Scale (كأداة واسعة الانتشار؛ (Ferring & Filipp,1996 ومن ناحية أخرى مقياس كوبرسميث المعدل -Coppersmith Scale (Fleming & Courtney,1984) لقياس الأوجه المختلفة لمشاعر القيمة الذاتية. وفي المحيط الناطق بالألمانية غالبا ما يتم استخدام المقياس الفرعي لتقدير الذات من مقاييس فرانكفورت لتقدير الذات (Deusinger,1984) أو مقياس تقبل الذات لقياس تقبل الذات (Sorembe & Westhoff,1985)؛ (قارن جدول 1). ويؤكد شوتس (Schuetz, 2003) بأن كل هذه المقاييس تقوم على مفهوم قيمة الذات الذي يبرز الإنجاز الفردي والمقارنة الاجتماعية. وهي أقرب إلى أن تهمل المظهر المنطقي بحيث أن الأشخاص الذين ينبع مصدر رضاهم عن نفسهم من سياق العلاقات الاجتماعية، يحصلون على قيم أقرب للمنخفضة، على الرغم من أنهم يتمتعون بتقدير عال لأنفسهم.

وقد أظهر تحليل للمراجع حول مشاعر القيمة الذاتية وكما هو متوقع بأن مشاعر القيمة الذاتية المرتفعة يمكن أن تكون موردا في التعامل مع الإرهاقات والتحديات (Heatherton & Wyland,2003; Schuetz,2003) . غير أنه تكمن خلف مشاعر القيمة الذاتية المرتفعة مخاطر أيضا، من نحو التقليل من أهمية المهام والخصوم ونقص التركيز والجهد، والفشل من خلال الأهداف العالية غير الواقعية، والعناد المفرط...الخ (Schuetz,2003). وهنا – وكما هو الحال في كثير من السمات المتعلقة بالموارد– يفترض

وجود ارتباط عكسي ذو شكل U بين تقدير الذات والتكيفية (Gutscher et al.,1998; Schuetz, 2003): ففي العادة تكون الدرجة المتوسطة من السمة المعنية ملائمة.

وتعد الاستبيانات أفضل من الأدوات التشخيصية الأخرى من المنظور الاقتصادي. غير أنها وكما أظهر النقاش التفصيلي لمشاعر القيمة الذاتية تعاني من مشكلات عديدة فيما يتعلق بتشخيص الموارد:

- تقيد المشاعر السلبية للمرضى من تيسر الموارد عموما.
- الأدوات الأقرب للتوجه الاستعدادي (القائمة على الاستعداد) بشكل خاص (من نحو مشاعر القيمة الذاتية، مشاعر التماسك، التفاؤل على سبيل المثال) لا تراعي مواصفات (خصوصية) موارد الأشخاص ومواصفات موارد الواجب.
- قد تمتلك استبيانات أو قوائم الموارد الممكنة طبيعة معيارية بالنسبة إلى المرضى وربما تقود إلى أن يستنتج هؤلاء أي من الموارد لا يمتلكونها الآن.
- يمكن للاستبيانات أن تؤثر بشكل إيحائي وتقود للتأييد، حتى عندما قد لا يكون المظهر المعني مهما بالنسبة إلى تنظيم السلوك.

وقد توصل تروسكن (2003، ص، 232) بعد تطوير مقياس مطابق إلى خلاصة مفادها أنه على الرغم من أنه لا غنى للمعالج عن الفائدة الكبيرة من القياس المنهجي للإمكانات المركزية، إلا أنه "في إطار الفهم الشامل للحالة من النظر إلى أبعد من مجرد نتائج الاستبيان والتفكير بالإمكانات الفردية للمريض".

4.3 أدوات المقابلة لسبر الموارد

بسبب هذه المشكلات في قياس الموارد بوساطة الاستبيانات فقد تم تطوير أدوات مقابلة مختلفة. وبالنظر إلى محدودية تيسر الدخول إلى الموارد في الاضطرابات النفسية فإنها تتميز بأنه لا يتم السؤال عن الموارد وإنما يمكن تنشيطها بشكل هادف (من خلال

أسئلة عن "الأوقات الجميلة" على سبيل المثال). وفيما يلي سوف نتعرض باختصار لمستودع الموارد (Willutzki et al.,2005) ولنموذج المرونة الشخصية لبادسكي وموني (Padesky & Mooney,2003) ومقابلة الموارد لشيبيك وكريمرز (2004).

4.3.1 «مستودع الموارد» ـ المرشد لتشخيص الموارد

تم تطوير مستودع الموارد كمرشد في تشخيص الموارد في إطار دراسة علاجية، اهتمت بتقويم إجراء مركب قائم على الموارد في العلاج النفسي (Willutzki et al., 2003). وتقوم على التفريق العروض أعلاه لمجالات مختلفة من المضامين في تشخيص الموارد: المواجهة الإيجابية للحياة، المواجهة الناجحة للأزمات والإشكالية الراهنة.

فكل مجالات الموارد يمكن النظر إليها من المنظور البين شخصي والضمن فردي والخارجي: فما هي الإمكانات والاستعدادات الدافعية والمهارات التي يمتلكها الفرد فيما يتعلق بتنظيم انفعالاته وتوجيه تصرفاته؟ ما هي الكفاءات البين شخصية والتفضيلات التي يمتلكها، ما الذي يثمنه في الآخرين والآخرون به؟ في أي علاقات يمتلك الشخص مع الآخرين ظروف تفاعل ملائمة؟ ما هي الموارد الخارجية (الاجتماعية والثقافية والمادية) التي يملكها؟ كيف يتعامل مع العلاقة العلاجية؟

وقد تم أخذ تبعية منظور إدراك الموارد في إطار المقابلة وذلك من خلال المراعاة المنهجية لوضع المريض أو المعالج (قارن جدول 2).

وإلى جانب الاستقصاء المنهجي للمريض حول نقاط تفصيلية تمثل ملاحظات المعالج مادة تشخيص الموارد. ومن المفيد في المرحلة البدئية للعلاج بالتحديد، تناول مستودع الموارد مرارا باليد وتدوين الملاحظات (وينصح هنا بتدريج المظاهر على مقياس من صفر إلى عشرة). وفي المجرى اللاحق للعلاج يتم إكمال التسجيلات باستمرار. وارتباطا بفيما إذا كان المعالج يمتلك صورة متماسكة (إلى حد ما) عن موارد الشخص، يقرر حول مجالات السبر اللاحقة ويستخلص النتائج بالنسبة إلى العلاج.

ومن المفيد"تمييل declination " المناظير المنفردة، من أجل بناء أو تصميم تصور الحالة في الجانب الآخر من شظايا الموارد المنفردة، المرتبطة ببعضها. وكما هو الحال في تحليل المشكلة العلاجي السلوكي التقليدي فإن الأمر لا يتعلق في تحليل الموارد بالكمال؛ بل بشكل ضمني وإرشادي من أجل أي غرض يفترض أن يتم استخدامها في العلاج النفسي وكيف؟

جدول (2): مجالات البحث في إطار مستودع الموارد

الموارد في مجال المواجهة العامة للحياة	• مضمونيا: الاهتمامات، المهنة، الصورة الإيجابية الراهنة عن الذات (ما الذي يثمنه الشخص في نفسه؟)، الأهداف المصاغة إيجابيا، الإطراءات التي يمكن للإنسان أن يثني بها على الشخص. • بين شخصيا interpersonal : التعامل مع الحياة ومهامها، الكفاءات والاتجاهات التي يمكن التعرف عليها في ذلك. • الموارد الاجتماعية: العلاقات المهمة؟ ما هي التي تسير بشكل جيد؟ كيف تتم تنمية العلاقات؟ ما هي الأهداف الشخصية التي يسعى إليها الشخص في العلاقة العلاجية؟ • الموارد المادية والشروط المحيطة الملائمة
الموارد في سياق الأزمات المواجهة بشكل جيد	• المواقف الحياتية المرهقة أو أزمات الحياة: ما هي استراتيجيات المواجهة التي نماها الشخص؟ • ما هي الموارد الداخلية (الضمنية) intrapersonal التي يمكن التعرف إليها؟ • ما هي الموارد الاجتماعية التي استخدمها؟ • المضامين الإيجابية لمواجهة المشكلة بالنسبة إلى صورة الذات عند الشخص؟

المـوارد في سـياق الإشكالية الراهنة	• الموقف من العلاج: أهمية العلاج، الاستعداد لتسخير الوقت والطاقة. • الأهداف (أهداف التعديل وبشكل خاص أهداف الحفاظ): كيف يمكن صياغة الأهداف إيجابيا؟ أين تكون الأهداف مهمة للتصرف؟ • "استثناءات" السلوك المشكل: أي منها موجود؟ مبادئ السلوك المتضمنة؟ دور الاستثناءات في صورة الذات؟ • التقدم: أين توجد وأيها؟ ما هي المبادئ السلوكية المتضمنة؟ الدور بالنسبة إلى صورة الذات؟
صعوبات استخدام الموارد من جانب المريض	• أين لا يستطيع الشخص رؤية الموارد؟ • ما هي العوائق القائمة بالنسبة إلى إدراك الموارد؟ • في أي من النقاط من المفيد توسيع إدراك الشخص للموارد وفي أية صيغة؟ أين كان قد نجح مرة؟ • كيف يستطيع المعالج "منع"، أن يرى الشخص موارده؟
صعوبات استخدام الموارد من جانب المعالج	• أين يصعب على المعالج رؤية موارد الشخص أو أين سيترك المريض يغويه نحو تأييده، بأن أمر ما ليس موردا؟ • أين يرى الشخص شيئا ما كمورد، ويراه المعالج غير مهم أو حتى إشكاليا؟ • ما هي النقاط التي يميل المعالج إلى جعل سلوك المريض إشكاليا؟

مستودع الموارد في العلاج النفسي: السيد منير:

سوف نقوم بتوضيح تشخيص الموارد بوساطة مستودع الموارد من خلال مثال لمريض لجأ للعلاج النفسي بسبب المخاوف الاجتماعية.

يبلغ السيد منير السابعة والخمسين من العمر ويعمل محاميا. وقد ذكر أنه يعاني من صعوبات كبيرة في التعامل مع الناس الآخرين. وهو يصف نفسه بأنه إنسان خجول ومتحفظ، وكان دائما مستحوذا بالخوف من الاتصالات الاجتماعية - بشكل خاص عندما يكون مع عدد من الأشخاص في الوقت نفسه (كالاحتفالات، والمناسبات الرسمية، في المطاعم على سبيل المثال)-. وتنقصه القدرة على "الدفاع عن مجاله الخاص"، ولا يستطيع الدفاع عن نفسه أو التعبير عن رأيه؛ ويخشى من عدم قدرته "على الصمود في الحوارات" في المواقف الاجتماعية، ويصمت منذ البداية. وأكبر شيء يفرحه عندما يقول له الآخرون أنه عليه ألا يذهب إلى مثل هذه الاحتفالات، على الرغم من أنه يتوق بشدة لمثل هذه الاتصالات.

في العمل كان يلوذ خلف دوره أو في المحكمة خلف "بزة المحاماة" قدر الإمكان. ولكنه مع الموكلين المهمين يصبح متوترا وعصبيا، يسيطر عليه احترام كبير وقلق معذب. وفي المؤتمرات كان يهتم "بالبقاء لوحده" وألا يتصل بالآخرين قدر الإمكان.

وقد وصف نفسه بأنه "قد كان دائما إنسانا خجولا ومتحفظا"، وتجنب الآخرين في سن الخامسة بسبب الخجل. وفي زواجه قلما كانت هذه مشكلة إذ أن زوجته السابقة قد كانت امرأة متحفظة كذلك. وبعد الطلاق تزوج مرة أخرى، تعد من وجهة نظره "كاملة اجتماعيا" مما جعله يقع تحت ضغط كبير.

وطبقا لتوقعات المريض انطلق السبر من صعوبات الشخص؛ وبالتوازي اهتم المعالج باستمرار على المؤشرات الممكنة للموارد وعمق في مقتضى الحال مباشرة النقاط منفردة. بالإضافة إلى ذلك تم الطلب من المريض التفكير حتى الجلسة القادمة بما الذي ينبغي له ألا يتغير بأية حال من الأحوال في حياته في إطار العلاج.

ومن منظور قائم على الموارد أمكن في خمس جلسات إيجاد موارد في جميع المجالات.

المواجهة الإيجابية للحياة:

في بداية المعالجة مكن بشكل خاص تحليل المجالات المعاشة بشكل إشكالي عموما من التعرف على موارد: فقد حقق السيد منير وضعا اقتصاديا جيدا وظروف محيطة ملائمة، ولديه اهتمامات رياضية وثقافية يتابعها باستمرار ويستمتع بها. ويهتم بالنمو المهني وهو قادر على استغلالها لنفسه. ويمتلك كفاءات بين شخصية، وهو قادر – في الاتصال الثنائي– على بناء علاقات والحفاظ عليها. إيمانه وتجذره في جماعته الكنسية يمنحانه المعنى؛ بالإضافة إلى ذلك لديه أهداف بعيدة المدى وهي مهمة له شخصيا وتبدو واقعية. لغته تصويرية في الغالب وجذابة (إلا أنها غالبا ما تدور موضوعيا حول المشكلة). وفي العلاج يلقي أهمية واضحة على أن يتم الاعتراف بمشكلته وعلى موارده كذلك وعلى ما حققه.

الأزمات التي تمت مواجهتها بنجاح:

كان طلاقه مثالا على المشكلات التي يرى أنه تغلب عليها بنجاح: فقد حصل بشكل فاعل على دعم تخصصي وقرأ الكثير عن الموضوع. ووجد في أخيه شريك حوار خير تمكن من أن يجعله يرى النقاط المظلمة. ودمج قراره في المواجهة مع معتقده مع صورته عن ذاته. ويرى أخطاءه في هذا الوقت ومازال حتى اليوم مستعدا لإعادة النظر في سلوكه (وبصورة شبيهة يتعامل مع صراعاته مع شريكته الراهنة).

الإشكالية الراهنة:

لابد من التأكيد على دافعية المريض للعلاج وتعاونه الفاعل فيما يتعلق بمشكلته الراهنة. وهو الآن راض عن الشكل الذي خلق فيه مجالا ووقتا لاهتماماته الشخصية وإمكاناته للرجوع؛ فهو يرى هذا على أنه خير كبير، يريد استغلال دعم المعالج للحفاظ عليه. وهدفه العلاجي الأول تقبل نفسه في المواقف الاجتماعية، بما في ذلك أخطاءه؛ ويبدو أن تحرير نفسه من تقويم الآخرين، هدفا ملائما بوجود الكثير من

الكفاءات لديه. الملفت للنظر بأن السيد منير – وإن كان الأمر في دوره المهني أو في الاتصال الثنائي "فقط- قادر على الخروج من جلده (بأن يركز على الآخر ولا ينشغل بمسألة تأثيره ولا ينتقد نفسه باستمرار على سبيل المثال). ومنذ الجلسة الأولى حقق المريض نوعا من التقدم، من خلال توكيد نفسه أمام شريكته (البقاء في حفلة على الرغم من أنها أرادت الذهاب على سبيل المثال).

صعوبات استغلال الموارد من جانب المريض:

يصعب على المريض إدراك موارده بسبب المطالب الكمالية وميول التقليل من قيمة نفسه الواضحة. فهو غالبا ما يرى حاجته للهدوء على أنها "تملص"؛ فالهدوء يعني له عجز اجتماعي. وتعد زوجته "الكاملة اجتماعيا" التي "يحيط بها الناس"، مثلا أعلى له. ومن منظور الموارد يمكن التأكيد على أنه يعرف متى يصبح الأمر فوق طاقته ويستطيع أن يكون مع نفسه لوحده (نمط تأملي contemplative Type). كما يبدو تأكيده المتكرر على ما حققه في حياته مفيد. ومن حيث المبدأ فإن المريض مستعد لاستقبال التقبل المباشر لموارده ("أنت تنظر دائما من الجانب الإيجابي – وأنت على حق")

صعوبات في استغلال الموارد من جانب المعالج:

من زاوية المعالج فإن علاقته بشريكته مرهقة أيضا: فسلوكها يشترط معايير عالية. بالإضافة إلى ذلك فإنها – في محاولة الدعم والتحفيز- أقرب لأن تتصرف "بطريقة تعليمية" وتسهم في التقليل من قيمة الذات لدى المتعالج. كما أن المعالج لا يستطيع مشاركة المريض سعادته بالحوارات الشخصية في الاتصال الثنائي؛ فهو يرى في ذلك مطلبا مرتفعا للتواصل، ويقلل جدا من قيمة اللغو "small talk" ويصعب الأمر على السيد منير أيضا.

بداية تم في العلاج استخدام قدرة المريض استقبال المحفزات التخصصية لبناء العرض العلاجي: فقد حصل على نصائح لكتب ومراجع متخصصة تم تقويمها بشكل مشترك

بالنسبة إلى الإجراء العلاجي. وبقدر الإمكان حاول المعالج استغلال مجازات المريض؛ فبالنسبة إلى ه كانت هذه المرحلة من العلاج وبشكل خاص مجازات النمو ذات أهمية. كما تمت مع المريض مناقشة أن يعود ثانية لاستشارة أخيه بانتظام ويطلب الرأي. وبشكل منهجي تم تحليل كيف يتصرف في الاتصالات المهنية بشكل واثق ("أقول لنفسي، بأني جيد كالآخرين")، وينقل مبادئ السلوك العملية على المواقف المشكلة. ومن أجل تثبيت قيمة الذات قام المعالج بتثمين كل ما أنجزه المريض. وهنا تم الاستفسار عند وجود تعليقات من المريض أقرب للتبخيسية، فيما إذا لم يكن المعالج يبالغ؛ فكان على المريض أن ينفي ذلك في العادة، وقد انتبه المعالج بحرص على ألا ينتقد علاقته بزوجته؛ وعزز المريض في الوقت نفسه بأنه يعرف (أي المريض) ما هو في مصلحته.

4.3.2 نموذج المرونة الشخصية لبادسكي وموني

قدم بادسكي وموني (2003) من التقاليد العلاجية السلوكية الاستعرافية نموذجا لتشخيص الموارد يحتوي أيضا على مضامين واضحة قائمة على التعديل. وينطلقان من مرونة القدرة على المقاومة للشخص، من تصور نوقش بشكل خاص في علم النفس النمائي (على سبيل المثال Werner,1999). فبعد حصول نوع من التحسن البدئي في العلاج النفسي يقدم المعالج للمتعالج نموذج المرونة ويعبر عن إيمانه بقدرة الشخص على المقاومة في مجالات متعددة. ومن أجل تنشيط المرونة يبحث المعالج والمتعالج معا عن مجالات من الموهبة أو القدرة التي واظب فيها الشخص على الرغم من الظروف المنفرة-على سبيل المثال عند ممارسة الهوايات وفي الأدوار الاجتماعية والمهنية، وفي الاهتمامات الموسيقية والفنية. ومن خلال الأسئلة من نحو: "ما الذي تفعله من أجل عمل تقدم هنا أو من أجل النجاح، كيف تستمتع بهذا؟"، "كيف تتعامل مع الأمر عندما لا تسير الأمور بصورة جيدة، هل تعرف كيف تتعامل؟"، يتم تحديد أنماط السلوك المرنة لدى الشخص. ومن أجل التحديد أكثر يتم إدخال صعوبات ومعوقات وتحديد استراتيجيات المواجهة الملائمة والاستعارات المجازية والمشاعر والأفكار الآلية

نموذج المرونة الشخصي في العلاج النفسي: السيدة فريال

فيما يلي مثال عن نموذج المرونة بالنسبة إلى المريضة فريال التي عانت في بداية العلاج من الاكتئاب الأساسي وبعد أن حققت بعض التقدم في المعالجة النفسية.

فبعد عرض لمفهوم المقاومة تم سؤال السيدة فريال عن وجود مجال في حياتها (هواية، اهتمام، علاقاتها المهمة على سبيل المثال)، تتمسك فيها على الرغم من الصعوبات، فذكرت السيدة فريال حل الكلمات المتقاطعة: فمهما كان الأمر تحاول مساء كل يوم تخصيص عشر دقائق على الأقل من أجل حل الكلمات المتقاطعة. وفي تحليل هذا المجال من الاهتمام تم بداية معالجة كيف تجد الوقت على الرغم من وجود الكثير من الواجبات الأخرى: إنها تقول لنفسها في مثل هذه المواقف "تستحقين أن تخصص لحظة لنفسك. ولن يكون الأمر سيئا لو تم ترك شيء ما". وعند اختيار الكلمات المتقاطعة تتصرف خطوة فخطوة وتنتبه ألا تختار مهمات معقدة جدا. فإذا ما ظهرت أثناء حل الكلمات المتقاطعة صعوبات، فإنها تقول لنفسها كلاما طيبا ("خذي وقتك، سوف تخطر الكلمة على بالك")، وتجيز لنفسها ترك سؤال من دون إجابة حتى اليوم التالي. وإذا لم تنجح فإنها تلجأ لزوجها، والذي ليس بالضرورة أن يعرف الحل، إلا أنه يساعدها في الحوار على إيجاد بدائل. وتستعين أحيانا بكتاب أو تبحث في قاموس. فإذا لم تجد كلمة ما على الإطلاق، تتذكر بأن مصممي الكلمات المتقاطعة أنفسهم قد يرتكبون الأخطاء أحيانا وربما لا يوجد حل. وبشكل عام تصف المريضة نفسها فيما يتعلق بموهبتها في حل الكلمات المتقاطعة على أنها متجهة نحو الهدف وصبورة ومثابرة ومرنة في التعامل مع الصعوبات وماهرة. بالإضافة إلى ذلك تهتم بألا تكون صارمة مع نفسها إذا ما لم تتقدم.

لقد أمكن استخدام الكثير من الاستراتيجيات التي تستخدمها السيدة فريال في حل الكلمات المتقاطعة، في حل مشكلاتها في العلاج النفسي بشكل منهجي. وكقطب مقابل لمطالبها الكمالية جدا كان صبرها وتعاملها الداعم-المشجع مع نفسها في حل الكلمات المتقاطعة على درجة خاصة من الأهمية بالنسبة إلى العمل العلاجي.

والفرضيات الكامنة خلفها ويتم اختبار النموذج بعدئذ بوساطة واجبات مراقبة في مجال الموهبة وتعديله وتوسيعه في مقتضى الحال. وعلى هذا الأساس يتم تطوير نسخة صالحة - وقابلة للتعديل- من نموذج المرونة المعير على الشخص واشتقاق تبعاته على العلاج (فيما يتعلق بسبب العلاج أو فيما يتعلق بمتابعة الأهداف الشخصية بمعنى تثبيت نجاح العلاج على سبيل المثال).

4.3.3 مقابلة الموارد لشيبيك وكريمرز

في إطار مبدئهما لسبر الموارد انطلق شيبيك ووكريمرز (2003) بالأصل من التسمية الحرة للموارد من المريض نفسه، إلا أنهما اقترحا لاحقا بسبب محدودية تيسر المظاهر الإيجابية تحليلا للموارد قائما على المقابلة. ويتركان الحرية للمريض لتقدير إلى أي مدى واحدة من هذه السمات المذكورة بشكل حر:

1- موجودة في الوقت الراهن.
2- ما هي الإمكانية Potential التي يعزوها الشخص فيما يتعلق بذلك.
3- ما هي الدرجة التي يفترض للشخص أن يمتلكها من هذه السمة في سنة تقريبا.

وفي التقدير الأخير بالتحديد تتم معالجة التباعد بين الوضع الراهن والحالة الهدف ومن ثم تنشيط الأهداف بشكل أقرب للواجبات منها إلى الموارد.

وباختصار يبدي تشخيص الموارد الكثير من الشبه مع تحليل المشكلة في العلاج السلوكي: التفصيل الفردي (التفريد)، التوجه نحو وظيفية السلوك، انتقاد النماذج الاستعدادية، متعلقة بالقابلية للاستخدام في العلاج النفسي (Schulte, 1996). وتحتاج هذه النماذج مساع بحثية أخرى لرفع قابليتها للاستخدام. وفي الوقت نفسه لهذه المبادئ حدودها المبدئية كما هو الحال في التحليل التقليدي للمشكلة: فمن غير الواضح التطابق في الحكم في تشخيص الموارد، وفي بعض الحالات عدم قابلية أهمية التدخل بشكل جيد للنقل، عدم وضوح الارتباط القابل للإعادة بشكل سيء بنجاح العلاج أو بسبب التكامل في العملية العلاجية فإنه من الصعب تكرار الارتباط بنجاح العلاج.

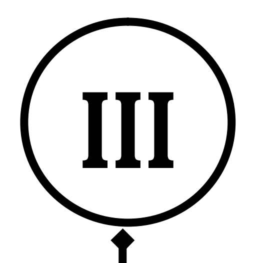
5. ملاحظات ختامية

كما عرضنا، يمكن أن يكون لتشخيص الموارد في علم النفس الإكلينيكي عدد كبير من الوظائف. ويفترض له وبغض النظر عن أساسه الطرائقي أن يسهم في مساعدة المعالجين على اتخاذ موقف قائم على الموارد وفي الوقت نفسه في بناء تصور للحالة قائم على موارد الشخص. ولا يمثل تشخيص الموارد "برنامجا بديلا"، وإنما هو عبارة عن إكمال للتحليل القائم على الاضطراب والمشكلة (Wright & Lopez, 2002). وتمثل المناظير الأربعة التالية مرشدا نحو مبدأ تكاملي يمتد لأبعد من تشخيص الموارد:

- تحديد خصائص المتعالجين الضارة أو المؤزمة للمشكلة،
- تحديد نقاط القوة والإمكانات الشخصية،
- تحديد العيوب والعوامل الهدامة في المحيط.
- تحديد الموارد والإمكانات في المحيط.

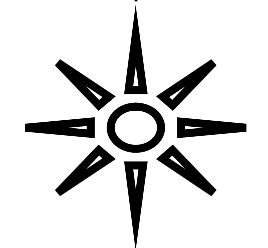
إلا أننا مازلنا بعيدين جدا عما ينادي به رايت ولوبتز (Wright & Lopez,2002, P.40) "مدى مناسب ووقت مساوي "equal space and equal time" بالنسبة إلى الجانب الإيجابي مقابل السلبي؛ فحتى الدي أس أم DSM لا يتضمن محورا خاصا يتم عليه توثيق نقاط القوة وعوامل النمو. إلا أن الخطوة الأولى قد تكمن في أخذ الموارد بعين الاعتبار بشكل منهجي سواء في التشخيص نفسه أم في عرض نتائجه أو حتى في الجلسات مع المرضى والزملاء (Lopez, Snyder & Rasmussen, 2004). ومن أجل ذلك فإن دمج منظور الموارد في تأهيل النفسانيين للعلاج النفسي ضروري.

صفحة زوجية فارغة



ثالثا:

التصنيف وتشخيص العملية وطرق الحصول على المعلومات



صفحة زوجية فارغة

12- التصنيف

توماس هايدنرايش، ألكسندر نويون ونينا إيرفورت

Thomas Heidenreich, Alexander Noyon & Nina Erfort

1- مدخل وتحديد المفاهيم

سنلقي في هذا الفصل نظرة حول المستوى الراهن للتشخيص التصنيفي. فبعد تحديد المفاهيم الجوهرية سوف نتعرض لأنماط منظومات التصنيف ونصف مهام التشخيص وأهدافه. وسوف نقارن منظومات التصنيف التقليدية والإجرائية الحديثة ثم نتعرض بالتفصيل لهذه الأخيرة. أما الهدف الأساسي من هذا الفصل فهو تقديم معرفة معمقة حول تاريخ وبناء منظومات التصنيف التشخيصية ليصبح بمقدور القارئ إدراك حسنات وعيوب هذه المنظومات ومن ثم التعامل معها في الممارسة بمسؤولية.

يعرف قاموس "العصر" (2005، مجلد 8 ص،33) التصنيف على النحو التالي:

التصنيف Classification هو تقسيم للأشياء أو المفاهيم وفق سمات مشتركة، كالتصنيف العشري، تصنيف السفن؛ تصنيف المخلوقات، المنظومات systematic على سبيل المثال).

ويدل هذا التحديد المفاهيمي أن التصنيف عبارة عن عمل لا يلعب في إطار الاضطرابات النفسية دورا كبيرا فحسب وإنما في بقية مجالات الحياة والعلوم. فقد طورت العلوم الأخرى منظومات تصنيف مفصلة ومشهورة، تم تطويرها باستمرار في مجرى القرون، منها على سبيل المثال المنظومة البيولوجية التي طورها كارل فون لينيه Carl von Lené (المتضمنة تسمية لاتينية مزدوجة، مثال Violoa canina = Hundesveilchen = بنفسج الكلاب) أو المنظومة الدورية الكيماوية للعناصر (التصنيف الدوري للعناصر)، الذي يصنف العناصر منفردة.

لهذا تعد المبادئ التصنيفية في العلوم المختلفة أساسا جوهريا للأعمال الإمبيريقية، التي تجعل من البحث المنهجي بداية ممكنا. وإلى جانب مفهوم التصنيف يتم في هذا السياق استخدام مفاهيم أخرى: فالمنهجية Systematic تصف "العرض المنهجي (أو المنظم) والتصميم الموحد، والفهرسة وفق سياقات موضوعية ومنطقية" (قاموس "العصر"، الجزء 14، ص 346). ويقصد بالتاكسونومي[1] taxonomy ترتيب العضويات في فئات منهجية. أما التسمية nomenclature فهي بالمقابل تجميع أو تركيب لأوصاف نوعية من المفاهيم لتحديد طبقات (فئات) أو عناصر منظومة ما. ويصف مفهوم

---

(1) تعني التصنيف واستخدمنا المصطلح الأجنبي لتمييز التصنيف بمعنى Classification عن التصنيف بمعنى taxonomy، وهو المصطلح المستخدم في البيولوجيا ويعني تصنيف النباتات والحيوانات إلى طوائف ورتب وفصائل وأجناس وأنواع.

النوسولوجيا (التصنيف المرضي[1] nosology) محاولة للتنظيم التابعي subordinate (تحت بعضها البعض بحيث تكون الفئة خاضعة للأخرى) أو المتساوي Coordinate (إلى جانب بعضها البعض على نفس الرتبة) أو التقادميsuper ordinate (أقدميه فئة على أخرى) المنطقي للأمراض الموصوفة وفق وجهة نظر موحدة.

ويصف فيستماير (Westmeyer, 1998, P.34) التصنيف من منظور نظري علمي بأنه:

"إستراتيجية الصياغة العلمية للمفهوم أو (المصطلح) تقود بوصفها نتيجة لمنظومة من مفاهيم الفئات (مفاهيم كيفية، فئوية)، إلى ما يسمى بمنظومة التصنيف. ومن هنا يطابق التحديد بوصفة إلحاق وحدة ما في فئة الاستنتاج فيما إذا كانت الفئة تقع تحت مفهوم الفئة أو - كما قد يقول المرء في علم المصطلحات- فيما إذا كانت وحدة ما تنتمي إلى النطاق Extension".

وقد أشار فيستماير (1998) إلى أن التصنيف يعد في علم النفس الإكلينيكي واحدا من النشاطات الأساسية: فإلى جانب الاضطرابات النفسية التي يتم تضمينها في منظومات التصنيف الرائجة وتشكل مركز اهتمام هذا الفصل يمكن تصنيف الأدوات أو الأساليب العلاجية إلى "الأساليب القائمة على علم نفس الأعماق" على سبيل المثال. كما يمكن تصنيف تأثيرات المعالجة، من نحو التفريق بين التأثيرات الرئيسية والتأثيرات الجانبية والتأثيرات المرغوبة وغير المرغوبة. المهم كذلك هو تصنيف "منظومات التصنيف" إلى تلك التي يمكن تسميتها "بالتقليدية" مقابل منظومات التصنيف "الحديثة" أو "الإجرائية".

تشكل الفرضيات حول مجال موضوع علم النفس الإكلينيكي أساس كل تصنيف: على سبيل المثال تم اقتراح مبادئ مختلفة للتمييز بين السلوك "السوي" و"المضطرب". وقد اتخذ توماس زاس (Thomas Sasz, 1961) هنا موقفا متطرفا حيث ذهب من أن تسمية الاضطرابات النفسية ليست أكثر من مجرد "أسطورة".

---

(1) يعني علم الأمراض والوصف المنهجي.

2. أنماط منظومات التصنيف

طورت في مجرى القرن الماضي سلسلة من منظومات التصنيف المختلفة، يمكن تقسيمها وفق صفات مشتركة: فأحد التقسيمات الجوهرية يكمن في التفريق بين منظومات التشخيص الفئوي categorical والبعدي dimensional : وتسعى منظومات التصنيف الفئوي إلى تجميع (التجميع في زمر) الصفات المثيرة للاهتمام وترتيب هذه المجموعات في منظومة من الفئات (Maragraff,2000). وعلى عكس التشخيص الفئوي ينطلق المبدأ البعدي من أن الفروق بين الأفراد منفردين هي فروق كمية quantity أكثر منها كيفية quality . وطبقا لذلك فإن الهدف الأساسي لا يتمثل في إلحاق مريض ما بفئة معينة من الاضطراب، وإنما تسمية درجة بروز صفة معينة (على سبيل المثال مقدار القلق الاجتماعي أو مقدار تعكر المزاج الاكتئابي). وتعد نماذج من نحو نماذج الضفائر الملتفة Cirumplexmodels في الشخصية الذي اقترحته لورنا سميث بينيامين Lorna Smith Benjamin (Benjamin,1996;Tress, 1993) وكذلك أدوات قياسها من نحو التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي (Structural Analysis of social Behavior (SASB، أمثلة لمنظومات التصنيف القائمة على الأبعاد. وقد أشار ماراغراف (2000) إلى أنه للمبدأ الفئوي في الوقت الراهن أهمية أكبر في إطار الاضطرابات النفسية.

وأخيرا يمكن التفريق بين المنظومات الفئوية والبعدية والمنظومات الأنماطية: وهي تتألف من تعريف "النمط المثالي" الذي يندر له أن يكون موجودا في الواقع، إلا أنه يفيد "كتوجه" من أجل ترتيب الأفراد. وكمثال على ذلك يمكن ذكر تعريف الطور الاكتئابي الذي يشمل وصفه على عدد كبير من الظواهر من دون أن يحقق الأفراد منفردين جميع السمات بالضرورة.

وهناك فرق آخر بين منظومات التصنيف يكمن في تلك المنظومات القائمة على أساس المنشأ المرضي، أي التي تنادي بتقديم طروحات مفيدة حول نشوء اضطراب ما، وتلك المنظومات التي تقتصر على الوصف. وكمثال على منظومة التصنيف القائمة على

أساس المنشأ المرضي يمكن الإشارة إلى التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي (قارن الفصل الثامن في هذا الكتاب). وتسعى منظومات التصنيف الوصفي إلى تنظيم الظواهر التي يتم إيجادها بصورة مفيدة من دون أن تقدم طروحات حول المنشأ وغيره.

وأخيرا يمكن تصنيف منظومات التصنيف استنادا إلى توجهها النظري: فمنظومات التصنيف التحليلية النفسية تحاول على سبيل المثال تقسيم الناس حسب درجات الاضطراب، من نحو اضطرابات "مبكرة" على سبيل المثال وعصابات، في حين أن التصنيف العلاجي السلوكي يتكون من محاولة الوصف الدقيق للسلوك بدقة طبقا لقصور السلوك وتطرفه (الإفراط فيه) وموارده - Behavior deficits, -excesses and resources.

3. مهام وأهداف التصنيف

كما عرضنا في الفقرة السابقة باختصار يفيد التصنيف في البيولوجيا كما في الطب النفسي لغرض جعل تنوع الظواهر القابلة للملاحظة ممكن الاستخدام. وتتوفر في المحيط الناطق بالألمانية الآن بعض العروض الشاملة للمبادئ التصنيفية (على سبيل المثال Feryberger, Stieglitz & Wittchen,2001; Hiller,2000; Stieglitz,2001).

ويذكر فيتشين (Wittchen, 1994, P. 48) تسعة أهداف مرتبطة بأهداف تصنيف الاضطرابات النفسية:

1- الاستنتاج الموثوق للتشخيصات (مثال: ما هي المحكات الدقيقة اللازمة من أجل تجميع عدد ونوع محدد من الأعراض لتشخيص "الفصام"؟).

2- ربط تشخيص ما بمستويات معينة من قرارات التدخل (مثال: ما هي الخطوات التي ينبغي اتخاذها إذا ما تم طرح التشخيص "الفصام"؟).

3- تحديد مضادات واضحة للفاعلية Contra Indication (ما هي التدخلات التي ينبغي ألا تستخدم في أي حال من الأحوال إذا ما تم طرح تشخيص معين؟).

4- تحديد التنبؤ (ما هو احتمال مجريات محددة من نحو: مزمن أم انتكاسي-مزمن في تشخيص محدد؟)

5- تخطيط إجراءات إعادة التأهيل (ما هي الإجراءات العلاجية التي ينبغي اتخاذها من أجل استعادة مستوى الوظائف؟)

6- تسهيل التواصل داخل المؤسسات وبينها (مثال: "من الأسهل القول "تعاني السيدة صفية من الاكتئاب" من أن نقول: السيدة صفية تعاني من هبوط واضح في المزاج، وفقدت الاهتمام بكل الأمور تقريبا التي كانت تسعدها، وفقدت وزنها ويظل بالها مشغولا وتفكر بالانتحار...الخ).

7- أساس للبحث العلمي (فإلى جانب وصف الصعوبات والمشكلات الفردية يتم من خلال التشخيصات وصف مجموعات ذات معنى من الأعراض يمكن دراستها بصورة مشتركة).

8- تحسين اقتصادية التشخيص والعلاج (عندما يأتي المرضى مشخصين بتشخيص باضطراب محدد قابل للتشخيص فليس على المشخصين المنفردين "اختراع العجلة من جديدة"، وإنما يستطيعون الاعتماد على المعارف المتراكمة حول الصورة المرضية المعنية).

9- التحسين والتبسيط في العلم (قارن الملاحظات في النقطة السادسة).

وتعترض هذه الأهداف المهمة بلا شك بعض المشكلات الأساسية. وهكذا فإنه من الصعب حتى الآن في إطار الاضطرابات النفسية تحقيق المطلب المتمثل في تفتيت الاضطرابات النفسية إلى وحدات منفصلة (بحيث لا تشترك كتلتان بأي عنصر مشترك): وكمثال على ذلك نجد أنه حتى في التصنيف الحديث للاضطرابات النفسية يوجد تداخل كبير بين الفئات. إذ يوجد على سبيل المثال إلى جانب الاضطرابات الوجدانية والاضطرابات الفصامية ما يسمى بالفصامات الوجدانية أيضا، التي تحتوي على سمات من كلتا المجموعتين (أعراض وجدانية وفصامية). كما أن فرضية الانفصال

Discontinuity (أي هناك فروق طبيعية بين الأفراد الذين ينتمون إلى فئات مختلفة) ليست خالية من المشكلات: فمن غير الواضح فيما إذا كان هناك بالفعل فرقا طبيعيا بين الاضطرابات النفسية. ومن البديهي أن تنطبق هذه النقطة كذلك على التفريق بين "المضطربين نفسيا" والأشخاص "غير الملفتين للنظر" الأمر الذي تتم مناقشته في الوقت الحاضر فيما يتعلق باضطرابات الشخصية (قارن Lieb, 1998): فهل يبدي "ذوي اضطرابات الشخصية" اضطرابات تفاعل منحرفة فئويا عن المعيار، أم أنهم يظهرون قيما متطرفة على بعد متصل من السمات؟ ويستنتج ميل (Meehl, 1995, P.266) حول إشكالية التفريق بين الفئات والأبعاد معبرا : "فنحن لا نعرف في العادة فيما إذا كنا نتعامل مع فئات أم مع بعد، ولم نقم في الماضي بإتباع طريقة دقيقة في إيجاد الحالة الحقيقية

"The truth is that we usually do not know whether we are dealing with categories or with dimension, and in the past we have not had a sound method for finding out the true state of affairs"

ويذكر ماراغراف (Maragraf,2000,P.129) سلسلة من الميزات التي تؤيد تصنيف الاضطرابات النفسية. فطبقا للمحك رقم 6 المذكور عند فيتشن (1994، قارن أعلاه) يشير إلى تحسين التواصل بين المتخصصين ("السيدة صفية تعاني من طور اكتئابي"، أسهل بكثير من القول أن السيدة صفية تعاني في الأسابيع الأخيرة مرارا من مزاج منقبض وقد قللت من نشاطاتها المعتادة لأنها لم تعد تستمع بأي شيء ونقص وزنها ولا تنام بشكل جيد وتشغل بالها كثيرا بالمستقبل. كما أنها تنشغل بشكل متزايد بمسألة فيما إذا كانت الحياة جديرة بالعيش"). وبهذا المعنى تسهم منظومات التصنيف في بتخفيض كم المعلومات بشكل مجد، مما يساعد من جهته بالتوصيل الاقتصادي للمعلومات ذلك أنه في الحالة المثالية يترافق مع تشخيص محدد لاضطراب ما معلومات حول الأسباب والمجرى والتنبؤ. وبهذا المعنى فإنه من المعقول أن تنبثق عن مثل هذه التشخيصات إرشادات للعمل، من نحو أنه لابد من استخدام تدخل محدد عند وجود اضطراب

معين) (كالعلاج بالمواجهة في الرهابات على سبيل المثال). وفي المحصلة فإن مثل هذا التشخيص يسهم ببناء المعرفة المنظومية (المنهجية).

ومن الطبيعي أن يرتبط مثل هذا التبسيط بسلسلة من المشكلات (قارن مارغراف، 2000، ص 129): فقد أشار زاس (Sasz,1061) إلى أنه ربما يتعلق الأمر في الاضطرابات النفسية بعادات اجتماعية ربما تمتلك تأثيرات كبيرة على المعني إلى حد ما. وبالاتجاه نفسه يناقش شيف (Scheff, 1973)، الذي يؤكد في مبدأه المسمى مبدأ "التلقيب Labeling" على التأثيرات الضارة الممكنة على المعنيين لتشخيصات الأمراض النفسية. وهناك مشكلة أخرى تكمن في الخلط بين الوصوفات والتفسيرات: فعندما يتم على سبيل المثال اعتبار التجنب كسمة أساسية في اضطرابات القلق وتثبيته في أدلة التشخيص المطابقة (على سبيل المثال في القلق الاجتماعي "يتم تجنب المواقف أو لا يتم تحملها إلا بقلق كبير") فإنه يمكن الاستنتاج "بصورة أخرى": "بأن السيد (س) يتجنب الاتصال الاجتماعي، لأنه يعاني من الرهاب الاجتماعي" - وهو ما يسبب استنتاج دائري تقليدي. بالإضافة إلى ذلك يمكن للاصطلاحات التشخيصية أن تشجع على التمدية reification : وهنا يمكن أن تتم معاملة الوحدات التي تم إنجازها بشكل اصطناعي وكأنها وقائع. وأخيرا لابد من الأخذ بعين الاعتبار في العملية التشخيصية بأنه توجد دائما فرضيات استنتاجيه a prioi، توجه العملية التشخيصية في اختيار المقاطع السلوكية [عينات السلوك] (حتى وإن كان الأمر يتعلق هنا بمحكات قريبة من السلوك) وما يترافق مع ذلك من فرضيات حول الذخيرة والانحراف. وإلى جانب عمليات التصعيد Bottom-Up-Processes المناقشة هنا (أي من العرض للتشخيص) فإنه طبقا لهذا توجد دائما عمليات "التنزيل" Top-Down- Processes (من التشخيص للعرض).

4. منظومات التصنيف التقليدية

ضمن منظومات التشخيص التقليدية تقع حسب كلوستركوتر (Klosterkoetter, 2003) وفيتشن (1994) كل منظومات التشخيص القائمة قبل تطوير مبدأ الإجرائية في البحث النفسي التشخيصي. وتاريخيا من الجائز أن يكون الخط الفاصل هو نشر الدي أس أم الثالث DSM-III-1980 والآي سي دي العاشر ICD-10-1991 . ومن ثم فإن اهتمامنا هنا ينصب على تطوير التصنيفات التشخيصية الطبية النفسية حتى سبعينيات القرن العشرين: وفي الفقرة اللاحقة سوف نناقش بالتفصيل منظومات التصنيف الحديثة.

فقد أشار كلوستر كوتر (2003) إلى أن عرض كل محاولات التقسيم التقليدية للاضطرابات النفسية قد يملأ دراسات واسعة بسهولة. وبهذا فإن العرض الحالي سوف يتيح تنظيم منظومات التصنيف الراهنة على خلفيتها التاريخية.

يرجع التصور المصاغ حول "الذهان الموحد" إلى فيلهيلم غريزنغر (Willhelm Griesinger) إلى أواسط القرن التاسع عشر (Griesinger, 1861)، حيث تنطلق هذه الصياغة من أنه على الرغم من إمكانية فصل التضررات المختلفة لدى المرضى نفسيا (الوجدان أم التفكير)، إلا أن هذه التضررات غالبا ما تتداخل مع بعضها. وبناء على ذلك استخلص غريزنغر بأن الأمر يتعلق في الواقع بمراحل مختلفة من العملية المرضية. وقد عارض كريبلين (Kreaplin,1909-1915) من خلال "تقسيم الاضطرابات الروحية" الذي قام به هذا التصور. ويعد هذا التقسيم حتى اليوم على درجة كبيرة من الأهمية من حيث أنه يمكن إرجاع الفئات العليا الأساسية للاضطرابات النفسية إلى هذا التقسيم: وعليه فقد صاغ كريبلين إلى جانب "الخرف المبكر Dementia Praecox" الذي يمثل أساس تشخيص الفصامات اليوم، "الجنون الهوسي- الاكتئابي manic-depressive" الذي يطابق في جوهره الاضطراب ثنائي القطب الراهن". كما أن التقسيم الثلاثي للاضطرابات النفسية إلى "خارجي المنشأ exogen" (مرتبط عضويا: سبب عضوي)

و"داخلي المنشأ endogen " (افتراض وجود أنزيمات [1] substrate جسدية من دون أن يتوفر فهم لهذا) واضطرابات "نفسية المنشأ Psychogen" قد صاغه كريبلين. وقد اعتبر كريبلين تصويرته التقسيمية هنا على أنها خاضعة لإمكانية التطوير المستمر وأنه طبقا لذلك ليس بالضرورة لها أن تتطابق مع واقع مجريات الأمراض النفسية، ولكنها على الأقل تقدم مقاربة كافية من أجل التمكن من تقديم طروحات مفيدة فيما يتعلق بالعلاج والتنبؤ. وحصلت بعد كريبلين تطويرات مستمرة للتشخيصات النفسية بعدد كبير من المبادئ التصنيفية المختلفة (توجد مراجعة لدى كلوستركوتر، 2003).

أما مصطلح "الاضطرابات النفسية" فقد وجد أول استخدام له في الطبعة السادسة من "التصنيف العالمي للأمراض والإصابات وأسباب الموت" في عام 1948 وبعد ذلك بوقت قصير في الطبعة الأولى من "الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي" من العام 1952. وبما أن الانتقادات الجوهرية لهذه الأدوات التشخيصية تنطبق أيضا على التطويرات اللاحقة أيضا للـ دي أس أم الثاني والآي سي الدي السابع والثامن والتاسع (منظمة الصحة العالمية،1978) فسوف نناقشها معا. ويمكن اعتبار الدي أس أم الثاني والآي سي دي التاسع نقطة النهاية لمنظومات التصنيف "التقليدية": فقد كانت المشكلة الرئيسية لهذه الأدوات تتمثل في أن الاضطرابات لم تكن معيرة إجرائيا بشكل كاف، أي أنه قد تم عرض الاضطرابات المنفردة على شكل "شروح مختصرة" ، من دون تحديد نقاط استناد نوعية حول النقطة التي يمكن اعتبار فيها عرضا محددا موجودا أم لا. كما كانت الأعراض المنفردة غير معروضة بشكل كاف استنادا إلى المحك الزمني والشدة..الخ.

ويعدد فيتشن (1994) نقاط الضعف الجوهرية في منظومات التصنيف التقليدية:

1- لا يوجد وصف دقيق للأعراض والصفات الأخرى الضرورية لطرح التشخيص.

(1) مادة خاضعة لفعل خميرة ما.

2- تغيير أو تبديل مظاهر الأعراض الجوهرية بين الفئات التشخيصية المنفردة.
3- غياب قواعد الترتيب الموثوقة على مستويات المتلازمات.
4- التداخلات الكبيرة للمحكات التشخيصية، بسبب غياب القواعد النسولوجية (النوسولوجيا: الوصف المنهجي وعلم الأمراض).
5- الترتيب أو الفهرسة على أساس التوجهات النظرية المختلفة (التوجهات العلم نفس أعماقية، السلوكية، البيولوجية على سبيل المثال).
6- غياب مساعدات اتخاذ القرار، التي تتيح إلحاق "حالة" ما ضمن فئة تشخيصية معينة.
7- غياب قواعد الاستخدام المبدئي للمنظومة ككل.

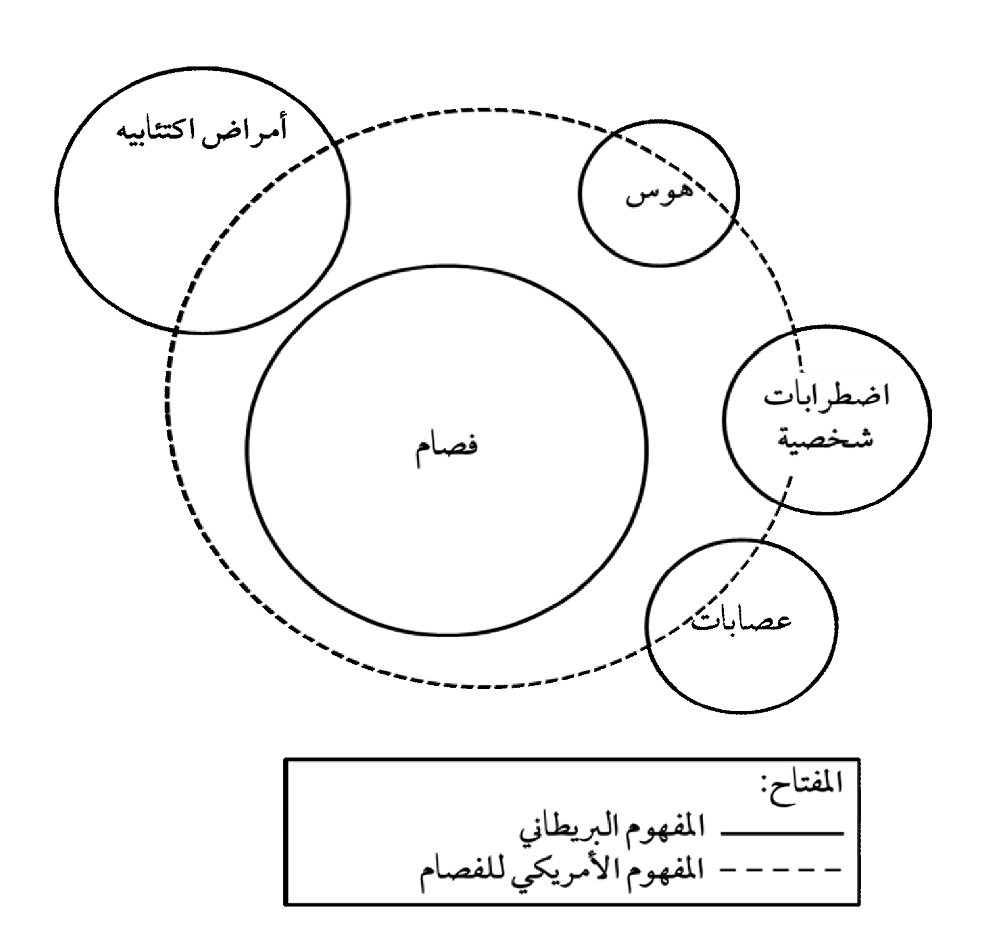
وقد تم انتقاد التصنيف الطبي النفسي لكريبلين في السنوات المبكرة من العلاج السلوكي بشدة. وقدم العلاج السلوكي المبكر التحليل الوظيفي بدلا من التقسيم التصنيفي للاضطرابات النفسية، تم فيه النظر لأنماط السلوك المنفردة الموصوفة بشكل ملموس مع سابقاتها antecedence وعواقبها. وكان الانتقاد موجها بشكل خاص إلى أنه لا يتم استنتاج النصائح العلاجية اللازمة من التشخيصات المعنية: وفي هذا السياق يتحدث ماراغراف (2000) - وعلى عكس الادعاء النظري للمنظومات- عن المعالجات الخالية من التشخيص والتشخيصات الخالية من العلاج (العلاج بلا تشخيص والتشخيص بلا علاج). وكان نقص الصلاحية (الموثوقية) إحدى المشكلات الخطيرة التي واجهت التشخيص التصنيفي العائد لسنوات الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين: حيث تعد دراسة بيك ووارد وميندليسون وموك وإيرباو (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh. 1962) من الدراسات التقليدية في هذا المجال، حيث أمكن فيها إثبات أن أربعة من الأطباء النفسيين ذوي الخبرة لم يحققوا سوى نسبة مقدارها 54٪ من الاتفاق حول التشخيصات المعطاة في عينة عشوائية قوامها 153 من المرضى المحولين حديثا. وبما أن الأمر في هذه الدراسة يتعلق بأطباء نفسيين كانوا عاملين في مرفق واحد فقد طرح

سؤال مهم نفسه حول ما هو حال الموثوقية في الاضطرابات النفسية بين الأطباء النفسيين العاملين في عيادات منفردة أو حتى في البلدان المختلفة" ويشير بنتال (Bental, 2003, P.50) إلى "مشروع التشخيص الأمريكي البريطاني US-UK-Diagnostic-Project" الذي تم فيه إجراء عدة دراسات تمت فيها مقارنة انتشار الفصامات في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة. فعند استخدام منظومات التصنيف المعتادة في البلد تم في الولايات المتحدة الأمريكية تشخيص عدد أكبر من مرضى الفصام مما هو الأمر في بريطانيا. وأظهر التحليل الدقيق أن بريطانيا تتبنى على سبيل المقارنة مفهوما للفصام مرتبط بمفهوم كريبلين "بشدة"، في حين أنه قد تم في الولايات المتحدة الأمريكية تشخيص عدد كبير من الاضطرابات "بالفصام"، فإن الاضطرابات نفسها قد شخصت في بريطانيا بتشخيصات أخرى. وفي دراسة أخرى قام كل من كيندل وكوبر وكاورلي وكوبل وشارب وغورلاند (1971) بعرض مقابلات مصورة بالفيديو لمرضى من الطب النفسي على أطباء نفسيين بريطانيين وأمريكيين ووجدوا أن الأطباء النفسيين الأمريكيين قد شخصوا الفصام بشكل أعلى جوهريا من الأطباء النفسيين البريطانيين. وقد لخص الباحثون نتائجهم بشكل تخطيطي يظهر العادات التشخيصية المختلفة للأطباء النفسيين (الشكل 1).

ومن السهل معرفة مدى تداخل مفهوم الفصام الأمريكي مع الفئات التشخيصية الأخرى التي يستخدمها الأطباء النفسيون البريطانيون بصورة أكثر تفريقية. وعلى أساس هذه الدراسات وغيرها تم وضع منظومات التشخيص التي تمثل هدفها الأساسي في رفع الموثوقية التشخيصية. وفي الوقت نفسه يبدو أن منظومة التشخيص التي تعاني من نقص في الموثوقية قلما تكون صادقة دائما.

وإلى جانب ضعف منظومات التصنيف نفسها (من نحو على سبيل المثال المفتاح التشخيصي الطبي النفسي، قارن أدناه) لابد كذلك من الأخذ بعين الاعتبار بأن المشكلات يمكن أن تكمن أيضا في السمات التي ينبغي تصنيفها (إلى أي مدى وصف المريض متسق ودقيق على سبيل المثال) أو تكمن في المصنفين (هل المشخصين) المنفردين مؤهلون للقيام

بالتشخيص؟): فعلى سبيل المثال ربما يكون لنوع السبر أو الحصول على السيرة المرضية تأثيرا قطعيا على ماهية الأعراض والصعوبات التي يذكرها المرضى. أما على مستوى المشخصين فيمكن استنتاج وجود مشكلات وخيمة إلى حد ما في تشكل الاتجاه: فحتى الأطباء النفسيون والنفسانيون يخضعون على سبيل المثال للظواهر النفسية الاجتماعية المعروفة كفاية من نحو ما يسمى بأثر الهالة.



شكل (1) مقارنة تصورات تشخيصات الفصام بين أطباء نفسيين أمريكيين وبريطانيين (Kendell et al., 1971) (عن Bentall,2003, P.51)

أما ثورة التشخيص فقد حصلت مع الدي أس أم الثالث: فمع إدخال التعديل الثالث للـ دي أس أم من الجمعية النفسية الأمريكية في عام 1980 تم تحت إدارة روبرت سبتسر Robert L. Spitzer وضع مستويات Standards جديدة في التشخيص التصنيفي لتحسين الموثوقية التشخيصية، استمرت حتى وقتنا الراهنة. وتمثل التقدم الحاسم في جعل الفئات التصنيفية، أي صور الاضطرابات، قابلة لأن تكون إجرائية (Operationalization عملية). وتطلق الإجرائية على تحديد محكات واضحة للإدخال والاستبعاد، (أي السمات اللازمة والكافية والمستبعدة) لكل فئة تشخيصية ووصف قواعد اتخاذ القرار والربط (خوارزميات Algorithms). وهذا يعني أنه قد تم بدقة بالنسبة إلى تشخيص اكتئاب على سبيل المثال تحديد ما هي الأعراض (محكات الإدخال) وكم ينبغي أن يكون عددها من أجل طرح التشخيص. ويعرض جدول (1) محكات تشخيص طور اكتئابي حسب الآي سي دي العاشر أو تشخيص اكتئاب أساسي حسب الدي أس أم الرابع. ومحكات الإدخال هي: المزاج الاكتئابي، فقدان الاهتمامات والبهجة، نقص الدافعية أو ارتفاع في القابلية للتعب.. الخ. أما محكات الاستبعاد في هذا المثال فهي وجود طور هوسي (خفيف) في الماضي. وفي هذه الحال فإنه لابد من طرح تشخيص الاضطراب ثنائي القطب.

ومن خلال صياغة شروط إذا–عندئذ If-Then-Condition للتشخيص ("إذا وجد العرض الأول، الثاني...، يطرح عندئذ التشخيص [س]") تكون قد حددت قواعد اتخاذ القرار التي يفترض لها أن توحد التشخيص والتصنيف.

كما أنه خلال المثال الملموس وفق جدول (1) لابد من استبعاد ألا يرجع الطور الاكتئابي إلى مواد أو لاضطراب ذهاني عضوي أو إلى استجابة حزن. كما تطلب منظمتا التشخيص وجود حد أدنى من المحكات، (حد أدنى من استمرار الأعراض (محك الزمن) وكذلك في الدي أس أم "معاناة ذات أهمية إكلينيكية في المجالات الوظيفية المهمة (المدرسة، العمل...الخ). وعلى الآي سي دي العاشر لم يتضمن الدي أس أم الرابع تقسيم الأعراض الاكتئابية حسب درجة الشدة.

جدول (1): مقارنة المحكات التشخيصية لطور اكتئاب خفيف وفق الآي سي دي العاشر أو الاكتئاب الأساسي وفق الدي أس أم الرابع

ICD-10– طور اكتئابي خفيف (F32.0)	DSM-IV: اكتئاب أساسي Major Depression
محكات تشخيصية (عامة) G1 أن يكون الطور الاكتئابي مستمرا لأسبوعين على الأقل. G2 في السيرة المرضية لا توجد أعراض هوسية أو هوسية خفيفة، التي تكون شديدة كفاية لتحقيق محكات طور هوسي أو هوسي خفيف. G3 شرط استبعاد: ينبغي ألا يعزى الطور إلى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا (F1) أو إلى اضطراب نفسي عضوي بمعنى الفصل (F0). **F32.0 طور اكتئابي خفيف: محكات تشخيصية** A. تحقق المحكات العامة لطور اكتئابي (F32) . B. يوجد على الأقل عرضين من الأعراض الثلاثة التالية:	A. على الأقل خمسة من الأعراض التالية تستمر خلال فترة أسبوعين وتمثل تغيرا مقابل القدرة القائمة قبلا على الإنجاز؛ واحد من الأعراض على الأقل إما أن يكون (1) تعكر مزاج اكتئابي أو (2) فقدان الاهتمام والبهجة. **انتبه**: ينبغي استبعاد وجود أعراض مرتبطة بوضوح بعامل مرضي جسدي، هذيان أو أهلاس مطابق للمزاج. 1- تعكر مزاج اكتئابي في كل الأيام تقريبا، لغالبية وقت اليوم، يذكرها المعني نفسه (يشعر بالحزن أو الخواء على سبيل المثال) أو يلاحظه الآخرون (يبدو على وشك البكاء على سبيل المثال) 2- (انتبه) يمكن أن يظهر لدى الأطفال واليافعين على شكل تعكر مزاج مستثار). 3- انخفاض واضح بالاهتمام أو البهجة بكل الأنشطة أو بكلها تقريبا، في كل الأيام تقريبا، لغالبية أوقات اليوم (إما

ICD-10– طور اكتئابي خفيف (F32.0)	DSM-IV: اكتئاب أساسي Major Depression
1- مزاج مكتئب، بدرجة غير معتادة بوضوح بالنسبة إلى المعني، تستمر غالبية اليوم، كل يوم تقريبا، غير مرتبطة بالظروف (لا تتأثر بالظروف) وتستمر على الأقل لأسبوعين؛ 2- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات التي كانت مرغوبة في العادة؛ 3- انخفاض الدافع أو قابلية متزايد للتعب. C. واحد أو أكثر من الأعراض الإضافية التالية بحيث يكون العدد الكلي من B وC يكون أربعة أو خمسة على الأقل: 1- فقدان الثقة بالنفس أو مشاعر القيمة الذاتية مشاعر القيمة الذاتية؛ 2- اتهامات غير مبررة للنفس أو مشاعر ذنب واضحة، غير مناسبة؛ 3- أفكار متكررة بالموت أو الانتحار أو السلوك الانتحاري؛	وفق التقدير الذاتي أو ملحوظ من الآخرين). 4- فقدان واضح بالوزن من دون حمية؛ أو زيادة في الوزن (أكثر من 5٪ من وزن الجسم في شهر)؛ أو انخفاض أو زيادة في الشهية في كل الأيام تقريبا. انتبه: لدى الأطفال لابد من أخذ غياب الزيادة المتوقعة في الوزن بعين الاعتبار. 5- أرق أو انخفاض النوم في كل الأيام تقريبا. 6- عدم استقرار أو تباطؤ نفسي حركي في كل الأيام تقريبا (ملحوظ من قبل الآخرين وليس من خلال الإحساس الذاتي فقط لعدم الاستقرار أو التباطؤ. 7- التعب أو فقدان الطاقة في كل الأيام. 8- مشاعر فقدان القيمة أو مشاعر مفرطة أو غير مناسبة بالذنب (التي يمكن أن تأخذ حدا هذيانيا أيضا) في كل الأيام تقريبا (ليس فقط اتهامات للذات أو مشاعر ذنب بسبب كون الإنسان مريضا). 9- قدرة منخفضة على التفكير أو التركيز أو تضيق في القدرة على اتخاذ القرار في كل

DSM-IV: اكتئاب أساسي Major Depression	ICD-10– طور اكتئابي خفيف (F32.0)
الأيام تقريبا (إما وفق الإحساس الذاتي أو ما يلاحظه الآخرون). 10- أفكار متكررة بالموت (ليس الخوف من الموت فقط)، تصورات انتحارية متكررة من دون خطة دقيقة، محاولة انتحار فعلية أو التخطيط الدقيق للانتحار. B. لا تحقق الأعراض محكات طور مختلط. C. تسبب الأعراض معاناة أو تضرر في المحيط الاجتماعي أو المهني أو في المجالات الوظيفية الأخرى المهمة، وذلك بدرجة مهمة إكلينيكيا. D. لا ترجع الأعراض لتأثير جسدي مباشر لمادة (عقار أو دواء على سبيل المثال) أو لعامل مرض طبي. E. لا يمكن تفسير الأعراض بصورة أفضل نتيجة للحزن، أي تستمر الأعراض بعد فقدان محبوب مثلا أكثر من شهرين، أو تتصف بتضررات واضحة في الوظائف أو بتصورات مرضية بفقدان القيمة أو أفكار انتحار أو أعراض ذهانية أو تباطؤ نفسي حركي	4- شكوى برهان لانخفاض في القدرة على التفكير أو التركيز، الحيرة أو التردد. 5- هياج أو كبح نفسي حركي (شخصي أو موضوعي)؛ 6- اضطرابات نوم من كل الأنواع؛ 7- فقدان الشهية أو زيادة فيها مع تغير مطابق في الوزن. في المرتبة الخامسة ينبغي ذكر وجود "متلازمة جسدية": F32.00 من دون متلازمة جسدية F32.01 مع متلازمة جسدية

ومع إدخال الدي أس أم الثالث تم وعلى العكس من منظومات التشخيص التقليدية استخدام تلك المحكات فقط، التي برهنت نفسها على أنها مهمة لوصف صورة الاضطراب. وبما أنه هناك خلاف شديد بين المدارس العلاجية المختلفة في النظريات النشوئية (علم أسباب الأمراض) الاضطرابات النفسية وهي، أي النظريات، غير مؤكدة إمبيريقيا بشكل كاف، فإنه غالبا ما نجد مبدأ وصفيا لا نظريا في الغالب. وهذا يعني أنه يتم استخلاص طرح التشخيص من السمات القريبة جدا من الملاحظة أو من السمات القابلة للسبر مبدئيا وليس من خلال تفسير السمات المستنتجة (مثال: الأعراض "مشاعر مزمنة وفراغ داخلي وعدم استقرار وجداني" بدلا من الحديث عن آليات معينة من الدفاع كالانقسام في اضطرابات الشخصية الحدودية). بالإضافة إلى ذلك يبدو أنه من الصعب جدا أخذ نماذج التفسير المختلفة حول صورة مرضية ما بعين الاعتبار في التشخيص (من نحو نموذج التفسير التحليلي النفسي، العلاجي السلوكي، الوراثي). كما تم التخلي عن هرمية الاضطراب لصالح إمكانية التشخيصات المتعددة (مبدأ الاختلاطية، على سبيل المثال اكتئاب ونوبات هلع) في الوقت نفسه. ففي منظومات التشخيص السابقة كان يتم طرح التشخيص بشكل هرمي إلى مدى كبير، وتم التفريق بين اضطراب مهم واضطراب أقل أهمية وعند وجود اضطراب "غير مهم" تم وضعه تحت الاضطراب "المهم". ففي الآي سي دي التاسع على سبيل المثال لا نستطيع تشخيص اضطراب قلق أو اكتئاب عند وجود الفصام في الوقت نفسه، وتم في هذه الحال اعتبار القلق أو الاكتئاب كمكونات من الفصام. ومع إدخال الاختلاطية يمكن اليوم عند تحقيق المحكات التشخيصية طرح تشخيص الفصام واضطراب قلق مختلط في الوقت نفسه.

وهناك تطوير طرائقي مهم آخر تمثل في إدخال منظومة الوصف متعددة الأبعاد. وهذا يعني أنه يتم تقدير المعلومات المهمة إكلينيكيا على عدة أبعاد في الوقت نفسه (سميت بالمحاور) من نحو الاضطرابات النفسية والأمراض/الأضرار الجسدية

والعوامل الاجتماعية. وقد قاد هذا الأمر إلى أنه من النادر أن يتم السهو عن معلومات مهمة ذلك أنه يتم توجيه المحرق بشكل منهجي على عدة مجالات من ناحية، ومن ناحية أخرى يتم تنظيم البيانات المختلفة بشكل أفضل ومن هنا يقل الخلط بينها (قارن الفقرة السادسة حول التشخيص متعدد المحاور).

ومن خلال التجديدات أمكن بشكل كبير تحسين نقطة الانتقاد الأساسية المتمثلة في نقص الموثوقية في منظومات التشخيص التقليدية. ومن الخبرات العملية لكثير من الإكلينيكيين ومن عدد كبير من الدراسات الخاصة "انبثقت عملية مستمرة من التجريب والاختبار والتصحيح استخدمت نتائجها في طريقة تعديل منهجية وعملية ناجمة في الختام لإعداد الدي أس أم الثالث المعدل والدي أس أم الرابع" (Sass, Zaudig, Houben & Wittchen, 1996, P.IX). راجع هوثس (Houths, 2002) حول التطور التاريخي.

5. منظومات التصنيف الإجرائية الحديثة: الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر

حظيت التطورات الجديدة للدي أس أم DSM في ثمانينيات القرن العشرين بتقبل واسع في العلم والممارسة في كثير من البلدان وقادت إلى إعادة اختبار ومراجعة عاصفة لمنظومات التصنيف التشخيصية وللإحصائية. ففي عام 1987 ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية الطبعة الثالثة المعدلة (DSM-III-R,APA,1987)، وبالتوازي عملت منظمة الصحة العالمية على مراجعة الآي سي دي وأصدرت في عام 1994 التعديل العاشر منه (ICD-10-1993)، الذي يشبه الدي أس أم الأمريكي جدا (تمت الموافقة عليه في اجتماع الصحة العالمي الثالث والأربعين في أيار [مايو] 1990). فقد سار تطوير كلتا المنظومتين منذ البداية (في خمسينيات القرن العشرين) ضمن علاقة متبادلة. وحتى اليوم توجد تقاطعات كثيرة في كلتا المنظومتين وبشكل خاص فيما يتعلق بالتصميم وتعريف صور الاضطرابات. وقد سعت كلتا اللجنتان منذ البداية نحو توحيد التصنيف. وعلى الرغم من أنهما لم تحققا ذلك حتى اليوم إلا أن الفروق تبدو بالنسبة إلى

غالبية التشخيصات ضئيلة بالنسبة إلى الممارسة العملية مع وجود استثناءات قليلة (كالفصام على سبيل المثال). ويتراوح التطابق بين الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر بين 33٪ (بالنسبة إلى محك استخدام المواد المؤثرة نفسية، أي المواد ذات التأثير الخاص على الوظائف النفسية) و87٪ (لعسر المزاج - وهي شكل مزمن من الاكتئاب ولكنه غير شديد)، ويبلغ متوسط التطابق 68٪ (Schulte-Markwort, Marutt & Riedesser, 2002).

وعليه فقد تم في الدي أس أم الرابع تبني تشخيصات جديدة مأخوذة في غالبيتها من الآي سي دي العاشر من أجل تحقيق الانسجام بين المنظومتين. وحسبما يرى زاس ومجموعته (Sass et al., 1996) فإن كل صور الاضطراب الموصوفة في الدي أس أم الرابع موجودة في الآي سي دي العاشر، غير أن الآي سي دي يعطي في بعض مجموعات من الاضطرابات إمكانات ترميز أوسع مما هو الحال في الدي أس أم الرابع إلى درجة أن زاس ومجموعته ينصحا مبدئيا بعمل تقاطع (اختبار عرضاني) مع الآي سي دي. أما الفروق الشديد في كلتا المنظومتين فتكمن في التركيزات المختلفة على مظاهر خاصة من الاضطراب وفي أن الدي أس أم الرابع يلقي أهمية أكبر على وجهات النظر ذات التوجه البحثي. وبالمقابل فإن الآي سي دي العاشر يتبنى بشكل أقوى منظورا بين ثقافي وبشكل خاص أيضا فيما يتعلق بالدول من العالم الثالث (Sass et al., 1996). وفي الملحق II من الآي سي دي العاشرة تم عرض "اضطرابات خاصة بالثقافة" في حين وضعت في الدي أس أم الرابع في فصل فرعي بعنوان "خصائص ثقافية"، وتحت عنوان "مرشد لتقييم عوامل التأثير الثقافية" الموجود في الملحق I . أما وصوفات صور الاضطرابات المنفردة فهي أقصر في الآي سي دي العاشر بشكل كبير وتم تعريفها بشكل أقل تحديدا (على سبيل المثال "في العادة"، يفترض أن تكون موجودة"، قارن أيضا Dilling, 20020) مما هو الأمر في الدي أس أم الرابع. كما يشير كل زاس ومجموعته (Sass et al., 1996) إلى سمة أخرى من الفروق الجوهرية: فالدي أس

الرابع يطلب في غالبية صور الاضطرابات ضرورة توفر المحك الأساسي "تسبب صورة الاضطراب بصورة مهمة عياديا المعاناة أو التضرر في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية ومجالات الوظائف الأخرى". في حين أن الآي سي دي العاشر يحاول تجنب المحكات النفسية الاجتماعية عند طرح التشخيص لأنه عليه أن يراعي الوقائع النفسية الاجتماعية والثقافية المختلفة باعتباره منظومة تصنيف قابلة للاستخدام على المستوى العالمي. بالإضافة إلى ذلك فقد تم أخذ التضررات النفسية الاجتماعية بعين الاعتبار على محور خاص في المنظومتين.

ويعرض الجدول (2) لصفات منظومات التصنيف الحديثة التي تم تأسيسها في الدي أس أم الثالث DSM-III والتي تم تطويرها لاحقا وللفروق الأساسية بين الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر بالاعتماد على ديلنغ مومبور وشميدت، 2000: وزاس ومجموعته، 1996).

وفي المحيط الناطق بالألمانية حظي الدي أس أم الثالث وطبعته التالية المعدلة بقبول متزايد. ومن المفاجئ أن هذا لم يقتصر على المناقشة النظرية فحسب بل انعكس ذلك على القبول الواسع للدي أس أم في مجالات الطب النفسي والعلاج النفسي وعلم النفس (Sass et al., 1996). وعد الدي أس أم في التأهيل النظري للمعالجين النفسيين المرجع القياسي واستخدم كذلك ي الممارسة العملية والبحث. ويرى زاس ومجموعته (Sass et al., 1996, P.X) "أن هذا لم يكن متوقعا بالنظر إلى التقاليد الأوروبية الطويلة في التصنيف والنسولوجيا الطبية النفسية و"القطيعة المتنوعة مع هذه التقاليد في الدي أس أم".

ويعد الآي سي دي العاشر في ألمانيا ملزما بالنسبة إلى التوثيق الرسمي وبهذا فله أهمية أكبر في الممارسة الإكلينيكية العملية. وتتوفر بالنسبة إلى الدراسات العلمية محكات بحث واضحة من الآي سي دي (المحكات التشخيصية البحثية Diagnostically Criterion Researches) تتضمن محكات إجرائية صارمة ومعقدة والتي ينبغي استخدامها مع

الإرشادات التشخيصية الإكلينيكية (Dilling, Mombour& Schmidt, 2004). إلا أنه يتم أيضا في المحيط الناطق بالألمانية تفضيل الدي أس أم الرابع في البحث بسبب التحديدات الإجرائية الأفضل. أما الدي أسم الرابع معدل النص DSM-IV-TR الصادر في عام 2000 (Sass & Wittchen & Zaudig, 2003; Dzieglewki, 2002) فيقدم بعض التعديلات: فقد تم إجراء تعديلات في محكات متلازمة رت واشتهاء الأطفال والاستعراضية exhibitionism والمحافقة Frotteurism. وتتوفر منظومة تشخيص لتصنيف الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع قدمها دوبفنر وليمكول (Doepfner & Lehmkuhl, 1998,2000).

6. بناء منظومات التشخيص

يتضمن الآي سي دي العاشر ICD-10 كمنظومة شاملة لتصنيف الأمراض 21 فصلا (I-XXI) ، الفصل الخامس منها بعنوان "الاضطرابات النفسية واضطرابات السلوك". بالإضافة إلى ذلك تم التقسيم إلى مجالات فرعية من (A) حتى (Z)، حيث تم إلى حد ما ترتيب الفصل المعني ضمن أكثر من مجال. فالفصل الخامس لا يشتمل إلا على المجال (F) فقط. وكل اضطراب نفسي تم ترميزه بالحرف (F) وأربعة مراتب من الأرقام (نادرا خمسة مراتب). ومن هنا نتحدث عن ترميز خماسي أو سداسي. ويقدم الجدول (3) عرضا لمجموعات الاضطراب للآي سي دي العاشر الفصل الخامس (V) والدي أس أم الرابع (مقتبس عن Stieglitz & Freyberger, 2004, S. 56). وقد قدم كل من زاس وفيتشن وتساودغ (Sass, Wittchen & Zaudig, 1999) دعما للتشخيص التفريقي لاضطرابات الدي أس أم الرابع.

ومن أجل تقديم فهم أفضل للترميز السداسي في الآي سي دي العاشر تم في جدول (4) عرض مثال للمساعدة.

جدول 2: أهداف ومبادئ الآي سي دي العاشر والدي أس أم الرابع والفروق بينها

صفات الآي سي دي العاشر والدي أس أم الرابع		
الأهداف	**المبادئ**	**الفروق**
• تحسين الثبات (بين المشخصين interrater Reliability) • القابلية الإكلينيكية والعلمية والإدارية للاستخدام • الاستقلالية النظرية لاستخدام المنظومة من باحثين وإكلينيكيين من مختلف الاتجاهات • اتفاق واسع قدر الإمكان بين كلتي المنظومتين من التشخيص • فئات تشخيصية صادقة	• قابلية فئات الاضطراب للتحديد الإجرائي من خلال صياغة محكات الإدخال والاستبعاد وصياغة محكات الزمن وكذلك من خلال الخوارزميات (اللوغاريتمات). • الأساس الإمبيريقي للمحكات • المبدأ الوصفي بشكل غالب: الوصف الظواهري-القائم على الأعراض لصور الاضطراب. • وبهذا فإن التقسيم الساري لصور الاضطرابات وفق صورة تجلي العرض وليس وفق منشأ مخمن (باستثناء: الاضطرابات المرتبطة عضويا والاضطرابات المستثارة نتيجة التعاطي، واضطرابات التكيف واضطرابات ما بعد الصدمة واضطرابات الضغوط الراهنة.	• إمكانات ترميز أكثر في الآي سي دي العاشر • توجه أقوى نحو البحث في الدي أس أم الرابع • منظور عبر ثقافي أكبر في الآي سي دي العاشر. • وصف الاضطرابات في الدي أس أم الرابع أكثر تفصيلا والصياغة أكثر تحديدا وأفضل تعريفا من الناحية الإجرائية. • التضرر النفسي الاجتماعي كمحك في الدي أس أم الرابع. • فروق في تصميم صور معينة من الاضطرابات، على سبيل المثال الأمراض الفصامية (محك الزمن أكثر صرامة في الدي أس أم الرابع على سبيل المثال)

صفات الآي سي دي العاشر والدي أس أم الرابع		
الأهداف	المبادئ	الفروق
	• التخلي عن المفاهيم قليلة الصدق والثبات (على سبيل المثال: الذهان، العصاب، داخلي المنشأ؛ باستثناء: تضييق الفئة F4 في الآي سي دي العاشر: "اضطرابات الإرهاق العصابية وذات الشكل الجسدي"). • مبدأ الاختلاطية: إمكانية طرح تشخيصات عدة • تشخيص متعدد المحاور (بشكل خاص في الدي أس أم الرابع). • مفهوم الاضطراب بدلا من مفهوم المرض.	والاكتئاب (في الآي سي دي فروق فيها يتعلق بالشدة، في الدي أس أم اكتئاب أساسي عام). • عدة طبعات من الآي سي دي العاشر: من بينها الوصوفات الإكلينيكية والمرشدات التشخيصية (WHO,1991; Dilling et al., 2000) ومحكات البحث (WHO,1993; Dilling et al.,2004)

يفيد الدي أس أم الرابع في تصنيف الاضطرابات النفسية فقط وهو مصمم على شكل متعدد المحاور (حول محاولة التشخيص متعدد المحاور للآي سي دي العاشر قارن ميشيلس ومجموعته 1996،2001؛ وسيبيل ومجموعته، 1997). ويعني تعدد المحاور كما وصفنا سابقا بأن الحكم يتم على محاور متعددة يقوم كلها منها على مجال آخر من المعلومات.

جدول (3): مقارنة الفئات التشخيصية الرئيسية للآي سي دي العاشر والدي أس أم الرابع (مقتبس عن Stieglitz & Freyberger, 2004, P. 56 في Berger: الأمراض النفسية الطبعة الثانية Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag Muenchen©)

DSM-IV	ICD-10 Capital V	
البطاح، الخرف، اضطرابات فقدان الذاكرة واضطرابات معرفية أخرى	اضطرابات عضوية، بما فيها اضطرابات نفسية أعراضية.	F0
اضطرابات في سياق المواد المؤثرة نفسيا	اضطرابات نفسية وسلوكية من خلال المواد المؤثرة نفسيا	F1
فصام واضطرابات نفسية أخرى	فصام، اضطرابات هذيانية ومن النمط الفصامي	F2
اضطرابات وجدانية	اضطرابات وجدانية	F3
اضطرابات قلق اضطرابات تكيف اضطرابات من الشكل الجسدي اضطرابات خادعة اضطرابات تفككية	اضطرابات عصابية واضطرابات إرهاق واضطرابات من الشكل الجسدي	F4
اضطرابات جنسية واضطرابات الهوية الجنسية اضطرابات طعام اضطرابات نوم	شذوذات سلوكية مع اضطرابات وعوامل جسمية	F5
اضطرابات شخصية اضطرابات ضبط الدافع، اضطرابات جنسية واضطرابات هوية جنسية غير مصنفة في مكان آخر.	اضطرابات الشخصية واضطرابات السلوك	F6
	انخفاض الذكاء	F7

ICD-10 Capital V		DSM-IV
F8	اضطرابات نمائية	
F9	اضطرابات انفعالية واضطرابات سلوك مع بداية في سن الطفولة واليفوع	اضطرابات يتم تشخيصها عادة لأول مرة في سن الطفولة واليفوع
F99	اضطرابات نفسية غير محددة بدقة	مشكلات إكلينيكية مهمة أخرى.

جدول (4): توضيح للترميز السداسي في الآي سي دي العاشر

الرمز	المستوى	المعنى	مثال
F		إشارة لاضطراب نفسي	
Fx	المقطع (الفقرة)	الاضطرابات المنتمية لبعضها	F3 اضطراب وجداني
Fxx	الفئة الأساسية	صور الاضطراب المنفردة/ التشخيص الرئيسي	F30 طور هوسي
Fxx.x	الفئة الفرعية	تحديد بناء على الوضوح المضموني أو الشدة	F30.2 هوس مع أعراض ذهانية
Fxx.xx	تحديد إضافي	تحديد بناء على المجرى، الأعراض الجسدية، الوضوح المضمونى	F30.20 تركيبة الأعراض الذهانية

وفي جدول (5) تم عرض محاور كلتا المنظومتين من التصنيف. فعلى المحور الأول (I) من الدي أس أم الرابع وعلى المحور الأول (أ) (Ia) من الآي سي دي العاشر يتم تشخيص الاضطرابات الإكلينيكية (على سبيل المثال اكتئاب، فصام، اضطرابات القلق). وعند وجود أكثر من اضطراب للمحور (I) لابد من ترميزها كلها (مبدأ الاختلاطية).

جدول (5): تعددية المحاور للدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر (اعتمادا على Stieglitz & Freyberger, 2004, P. 5)

DSM-IV	ICD-10
المحور الأولAxis-I : الاضطرابات الإكلينيكية ومشكلات إكلينيكية أخرى مهمة	تشخيص إكلينيكي المحور الأول (أ) Axis-Ia: اضطرابات نفسية المحور الأول (ب) Axis-Ib: اضطرابات جسدية
المحور الثاني Axis-II: اضطرابات الشخصية، الإعاقة العقلية	المحور الثاني Axis-II: مقدار التقييد الوظيفي النفسي الاجتماعي وفق مقياس منظمة الصحة النفسية لتشخيص للعجز WHO Disability Diagnose-Scale (WHO-DDS)
المحور الثالث Axis-III: عوامل المرض الجسدية	المحور الثالث Axis-III: عوامل المحيط الاجتماعي والمواجهة الفردية للحياة طبقا للفصل الحادي عشر (ي) XXI(Z) من الآي سي دي العاشر "العوامل التي تؤثر على الحالة الصحة وتقود للجوء إلى الخدمات الصحية
المحور الرابع Axis-IV: مشكلات اجتماعية نفسية ومشكلات المحيط	لا يوجد
المحور Axis-V: تقويم عام لمستوى الوظائف (GAF)	لا يوجد

وعلى الآي سي دي العاشر يتم هنا أيضا ترميز اضطرابات الشخصية في حين أنها وضعت في الدي أس أم الرابع تحت المحور الثاني (II) مع الإعاقات العقلية، ذلك أنها تعد تضررات طويلة الأمد. وتم تصنيف الأمراض الطبية على المحور الثالث (III) في الدي أس أم الرابع، وفي الآي سي دي العاشر تحت المحور (Ib). وتم في الدي أس أم وضع الاضطرابات والحالات الجسدية التي قد تكون مهمة لفهم ومعالجة المريض. والمحور الرابع (IV) من الدي أس أم والثالث من الآي سي دي العاشر يصفان المشكلات الاجتماعية التي قد تؤثر على تشخيص وعلاج الاضطراب النفسي والتنبؤ به. وضمنه تقع على سبيل المثال مشكلات من المحيط الاجتماعي ومشكلات التأهيل والمشكلات المهنية والسكنية والاقتصادية. وعلى المحور الخامس (V) من الدي أس أم الرابع يتم تحديد المستوى الوظيفي العام للمريض من خلال التقويم العام للأداء Global Assessment of functioning التي يرمز لها اختصارا (GAF-Scale). وهنا يتم تقويم مجالات الوظائف (مجالات الأداء) النفسية والاجتماعية والمهنية على مقياس من صفر (معلومة غير كافية) حتى مائة (إنجاز رائع). وتتم تحديد درجة (GAF) دائما بالنسبة إلى الحالة الراهنة، وأحيانا أيضا المستوى الأعلى للفترة الماضية (في السنة الأخيرة على سبيل المثال). وقد توصل هيلسنهورث ومجموعته (Hilsenhorth et al., 2000) في دراسة إمبيريقية إلى أن مقياس التقويم العام للأداء يمثل مقدارا صادقا بالنسبة إلى التضرر العام.

وقد تمكن زاس ومجموعته (Sass, et al., 1996) من خلال التقويم متعدد المحاور من تنظيم وتجميع البيانات الإكلينيكية المهمة بطريقة مثمرة من دون أن يتم هنا تبسيط تعقد الموقف الإكلينيكي بصورة غير آمنة (قارن Sass & Sass-Houben, 2005). وتتيح تعددية المحاور والترميز على مستويات متعددة من الترميز (قارن جدول 5) رسم خصوصية المرضى المختلفين الذين يحملون التشخيص نفسه.

7. طرق للتشخيص الإجرائي

سوف يتم ذكر أهم الأدوات التي تتيح طرح تشخيص إجرائي في الفصل الرابع عشر من هذا الكتاب (قارن الجدول 4 هناك). بالإضافة إلى ذلك تم عرض منظومة الخبراء التشخيصية DIA-X (Wittchen & Pfister,1997). واستكمالا لذلك سنناقش طرقا أخرى مهمة. وسنعرض بداية للمقابلة الإكلينيكية المبنية للمحور الأول من الدي أس أم الرابع Structured Clinical Interview Diagnostic-I لفيتشن وتساودغ وفيدريش (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) ويرمز لها اختصارا SCID. وتتيح هذه الأداة من المقابلة طرح التشخيص بالنسبة إلى المحور الأول (الاضطراب) وفق الدي أس أم الرابع (APA-1994).

تبدأ العملية التشخيصية بداية بما يسمى أسئلة "الغربلة أو الانتقاء Screening-Questions " (قارن صندوق الحوار 1)، التي تستقصي بعض صور اضطرابات المقابلة الإكلينيكية المبنية (وبشكل خاص اضطرابات القلق)، ولكن ليس كلها (على سبيل المثال الفصام، الاضطرابات الوجدانية والاضطرابات ذات الشكل الجسدي). وعند الضرورة يتم في المقابلة اللاحقة لذلك تعميق الفئة المعنية. وينبغي استقصاء الاضطرابات غير القابلة بسرعة للتشخيص من خلال إحدى السمات "المميزة" لها في المقابلة بعمق من حيث المبدأ.

كما تتيح المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية Diagnostically Interview for Psychological Dispreads التي يرمز لها اختصارا (DIPS) [1] لماراغراف وشنايدر وإيلرز (1994) تصنيف الاضطرابات النفسية وفق الدي أس أم. وتساعد الوصوفات التفصيلية للعمل التشخيصي ومحكات التشخيص وبعض حالات التدريب في تبسيط استخدام المقابلة، ومن هنا فهي تلاءم الطلاب ومرشحي التأهيل.

---

(1) اختصار للاسم الألماني Diagnostische Interview fuer Psychische Stoerungen.

مثال لأسئلة الغربلة في المقابلة الإكلينيكية التشخيصية المبنية

- هل حصل مرة في حياتك تناولت خمسة أقداح أو أكثر من الكحول (بيرة، نبيذ أو غيرها) دفعة واحدة؟ (سوء استهلاك الكحول-التعلق بالكحول)
- هل تناولت مرة عقارا؟ (التعلق بالعقاقير)
- هل عانيت مرة في حياتك من نوبة قلق (خوف) انزلقت فيها فجأة في الهلع أو عانيت فيها من خوف شديد؟ (اضطرابات الهلع)؟
- هل خفت يوما من مغادرة المنزل لوحدك، أن تكون موجودا بين الناس، الوقوف في صف أو السفر بالباص أو القطار؟ (رهاب الأماكن العامة).
- هل عانيت مرة من أفكار كانت بلا معنى وتكررت بين الحين والآخر، حتى لو لم تكن تريد ذلك؟ (الأفكار القهرية)
- هل حصل مرة أنه كان عليك أن تقوم بأشياء معينة مرة تلو الأخرى كغسيل الأيدي أو التأكد من شيء ما مرات عدة للتأكد من أنك قد قمت بالأمر بشكل جيد؟ (تصرفات قهرية)
- هل كنت في الأشهر الستة الأخيرة عصبيا بشكل خاص أو خائفا؟ (اضطرابات قلق معمم).

بالإضافة إلى البيانات التي تقيسها المقابلة الإكلينيكية المبنية Structured Clinical Interview Diagnostic-I (SCID-I) حول طرح التشخيص يتم كذلك الحصول على معلومات مهمة بالنسبة إلى العلاج (Heidenreich & Erfert, 2005). وللأسف لا يتوفر في الوقت الراهن تعديل للـ (DIPS) فيما يتعلق بالدي أس أم الرابع، وإنما يتم التشخيص وفق الدي أس أم الثالث المعدل. ومنذ أواسط تسعينيات القرن العشرين يتم استخدام المقابلة المختصرة في الاضطرابات النفسية (MINI-DIPS-Maragraf, 1994) مع اليافعين بدءا من 16 سنة ولدى الراشدين . وتقيس المقابلة الفردية على شكل لمحة سريعة الاضطرابات النفسية وفق الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر. وهي عبارة عن

مختصر للـ DIPS وتتضمن خيوط مقابلة مبنية تم تقسيمها إلى جزء عام (لمحة خاطفة) وجزء خاص لقياس 17 اضطراب نفسي ككل وإلى غربلة (انتقاء) للاضطرابات الذهانية وإلى سيرة مرضية مختصرة.

كما تتوفر المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية للأطفال Infants-DIPS لأونيفير وشنايدر وماراغراف (1995). وتستخدم لدى الأطفال من عمر السادسة حتى الثامنة عشر ووالديهم. وهي مقابلة مبنية وتتضمن نسخة للأطفال/ اليافعين ونسخة للوالدين، وهو يتيح إجراء التشخيص وفق الدي أس أم الرابع أو الآي سي دي العاشر وتقدير الإرهاقات والتضررات الناجمة عن الاضطراب في مجالات حياتية مختلفة.

وعلى عكس SCID-I وDIPS اللتان تمثلان مقابلات مبنية، فإن المقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite International Diagnostic Interview التي يرمز لها اختصارا CIDI (Wittchen, Pfister & Garczynski, 1997) هي مقابلة معيرة توجد منها نسخة محوسبة. ويتم التشخيص حسب الاختيار إما وفق الدي أس أم الرابع أو الآي سي دي العاشر.

وتعد قوائم الأعراض للآي سي دي العاشر Checklists for ICD-10 اقتصادية في الاستخدام. ولهذا يعدها كل من هيللر وتساودغ وموموبور (1995) مساعدة عملية مهمة لطرح التشخيص في الممارسة العملية. كما يتم منذ عام 1997 استخدام "قوائم الأعراض العالمية للدي أس أم الرابع International Diagnose-Checklists for DSM-IV" لهيللر وتساودغ وموموبور ويمكن اعتمادها في طرح التشخيص الطبي النفسي- النفساني ولتوثيق النتيجة التشخيصية ولوصف المجرى. وقد تم تطوير قوائم الأعراض الواحدة والثلاثين بالمجمل للتشخيص الروتيني اليومي في مجال الرعاية الطبية النفسية والنفسية الاجتماعية. وتفيد القوائم الإكلينيكيين في أثناء جلسة الاستقصاء كمرشد من أجل اختبار صور الاضطرابات الممكنة بشكل منهجي.

وعادة ما يعد استقصاء اضطرابات الشخصية المرمز على المحور الثاني من الدي

أس أم الرابع من ضمن التشخيص الشامل. وقد قدم كل من فيدريش ورينبيرغ وشميتس وفيتشن (1997) من خلال المقابلة التشخيصية الإكلينيكية المبنية الثانية Structured Clinical Interview Diagnostic-II التي يرمز لها اختصارا SCID-II أداة برهنت صلاحيتها تمكن من قياس اضطرابات الشخصية. أما استخدام المقابلة فهو متدرج المراحل: بداية يتم تقديم استبيان للمفحوص تمثل بنوده محكات الدي أس أم الرابع ويفيد كأداة غربلة أو انتقاء لسمات اثنا عشر اضطرابا من اضطرابات الشخصية المحددة. وفي الخطوة التالية لا يحتاج المرء في المقابلة إلا تعميق تلك الاضطرابات من الشخصية التي ظهر أنها ملفتة للنظر في الغربلة.

أما منظومة الخبراء التشخيصية للاضطرابات النفسية Diagnostically Experts System for Psychological Disorders التي يرمز لها اختصارا DIA-X لفيتشن وبفستر (1996) فهي عبارة عن منظومة تقويم تدعم المستخدم في التشخيص بطريقة موثوقة وفق الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر. وتتألف منظومة الخبراء التشخيصية من مركبات ثلاثة مختلفة:

- طريقة الغربلة (الانتقاء) (وتقيس القلق أو الاكتئاب أو الاضطرابات النفسية بشكل عام)،
- مقابلة معيرة لقياس الاضطرابات النفسية عرضانيا (عبر الحياة كلها) أو طولانيا (في الأشهر الستة الأخيرة)،
- منظومة تشخيص شاملة محوسبة.

أما قوائم التقويم الإكلينيكي في الطب النفسي العصبي Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry التي يرمز لها SCAN لغلوك-بايلر وماورير وهيفنر (1995) فهي حسب وصف الاختبار عبارة عن أداة لقياس الإمراضية (الباثولوجيا) الأساسية لأهم اضطرابات سن الرشد. وتتألف SCAN من مقابلة مبنية (PSE-10)

ومسرد glossary تم فيه بالتفصيل تعريف الظواهر النفسية المرضية التي ينبغي السؤال عنها. والأداة بوصفها أداة للتدريب ملائمة لمنظومات التصنيف المستخدمة عالميا الدي أس أم الثالث المعدل والدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر.

وتستخدم المقابلة المبنية لتشخيص الخرف من نمط الزهايمر، والخرف الناجم عن الاحتشاء المتعدد (أو الوعائي) والخرف من منشأ آخر[1] وفق الدي أس أم الثالث المعدل والدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر التي يرمز لها اختصارا SIDAM[2] (Zaudig & Hiller,1995) مع الكبار بين 60 و90 سنة. وهي ملائمة كأداة غربلة وللتقدير النفسي العصبي القاعدي لحالة الوظائف الاستعرافية، وتتيح بطريقة بسيطة وعملية تشخيص أعراض الخرف المختلفة و"التضررات الاستعرافية الخفيفة" وفق الآي سي دي العاشر والدي أس أم الرابع. وقد قدم شتيغليتس وديتمان وموميور (Stieglitz, Dittmann & Mombuor, 1992) مراجعة للأدوات التشخيصية وفق الآي سي دي العاشر.

8. العملية التشخيصية

في العملية التشخيصية ينبغي دمج البيانات التي تم الحصول عليها من مريض ما بصورة مثمرة. ومن أجل هذا الغرض يقدم التشخيص التصنيفي بالشكل الموصوف هنا – إلى جانب مستويات الحصول على البيانات الأخرى كالسيرة المرضية والفحص النفسي/ المرضي النفسي، ورسم نموذج الظروف الوظيفية أو الديناميكية النفسية– إسهاما مهما. ومن خلال مثال نرغب بتوضيح الكيفية التي يمكن أن تسير بها العملية التشخيصية باستخدام منظومات التصنيف متعددة المحاور الموصوفة.

---

(1) Structured Interview for the Diagnose of Dementia from Alzheimer Type, multi infarct- (or vascular) Dementia and Dementia another Etiology on the basis of DSM-III-T, DSM-IV and ICD-10

(2) Structured Interview for Diagnose of Dementia from Alzheimer Type, Multi infarct- (or vascular) Dementia and Dementia another Etiology

تذكر المريضة البالغة من العمر 27 سنة: "أنا حزينة ومنقبضة طوال الوقت منذ بضعة أسابيع، لم أعد أرغب بشيء لأنه لم يعد هناك ما يسر وأتمنى الموت. وأنا منذ أسابيع في إجازة مرضية، لأني غير قادرة على العمل. لا يغمض لي جفن ليلا، أستلقي لساعات طويلة وفكري مشغول، واستيقظ مرارا ولا أعود قادرة على النوم ثانية. ومنذ أسابيع لا أنام أكثر من خمس ساعات يوميا على أقصى تقدير. كما أني أعاني من نوبات هلع، خوف مفاجئ. والآن أخاف من أن يعود هذا ثانية. لم أشعر في يوم من الأيام أني بخير. فمنذ المراهقة - ماتت أمي عندما كنت في سن الرابعة عشرة- كثيرا ما أشعر بأني خاوية من الداخل. وإذا ما كنت تحت الضغط أجرح نفسي. وهذا هو الشيء الوحيد الذي يساعدني. سابقا تناولت العقاقير وشربت الكثير من الكحول، أما اليوم فنادرا. أكره نفسي وجسمي السمين. أخاف من الوحدة. ولكن أسرتي لا تستطيع أن تظل حولي، إذ لا يوجد إلا النزاع. حاولت عدة مرات تناول حبوبا للانتحار، إلا أنه للأسف كان دائما يتم اكتشاف ذلك في وقت مبكر."

في التشخيص متعدد المحاور وفق الدي أس أم الرابع يتم بداية تحديد الأعراض الإكلينيكية الراهنة (المحور I). وفي حالة المثال المذكور هناك دلالات على وجود اكتئاب أساسي واضطراب هلع مع وجود رهاب غير واضح من الأماكن العامة. وعلى المحور الثاني يتم ترميز الأنماط المستمرة من نحو اضطرابات الشخصية واضطرابات النمو: يظهر في المثال إمكانية تصنيف أنماط سلوك "انفعالية-غير مستقرة" في إطار اكتئاب المريضة. غير أن تشخيص "اضطراب شخصية حدودية" يشترط أن يتعلق الأمر هنا بنمط سلوك غير مرن وقائم منذ سن الرشد. أما العوامل الجسدية فيتم ترميزها على المحور الثالث. وهنا لابد من ذكر الأمراض المهمة الأخرى الممكنة، وفي هذه الحالة من الممكن تشخيص السمنة. وأخيرا يقدم كل من المحور الرابع والخامس

تقديرات لعوامل الضغط الاجتماعية النفسية وتقدير عام للمستوى الوظائف الراهن. وبهذا تظهر بالنسبة إلى المثال المعروض الصورة التشخيصية الأولية المعروضة في الجدول (6) (تم العرض بالنسبة إلى الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر معا).

الجدول (6) الترتيب التشخيصي للمثال المذكور وفق الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر

الدي أس أم الرابع	الآي سي دي العاشر
المحور (I) : اكتئاب أساسي، اضطراب هلع	المحور (Ia) : طور اكتئابي متوسط الدرجة (F32.1) اضطراب هلع (F41.0) اضطراب شخصية غير مستقرة انفعاليا نمط حدودي (F60.31) المحور (Ib) : سمنة (E66)
المحور (II): اضطرابات شخصية حدودية	المحور (II) : القدرة المهنية الوظيفية=5 (أشد درجة من تقييد الوظائف)؛ مقاييس فرعية أخرى غير قابلة للتحديد
المحور (III): سمنة المحور (IV): مشكلات مع الأسرة المحور (V): التقويم العام للأداء Global Assessment of functioning : 40	المحور (III) : فقدان شخص قريب في الطفولة (Z61.0)

ومن البديهي أن العملية التشخيصية لم تنته بهذا الإجراء. فهنا قد نشأت فرضيات مسندة إجرائيا، تحتاج إلى تدقيق، لتنتهي العملية التشخيصية في النهاية بقرار مسند. ويوضح كل من شتيغلتس وفريبيرغر وومبور (2002) العملية التشخيصية في منظومة التشخيص الإجرائي. ونجد عرضا تفصيليا كذلك للعملية التشخيصية لدى كاسبار (في الفصل الثاني من هذا الكتاب) ولدى كرمبن وهانك (في الفصل الثالث عشر من هذه الكتاب).

9. تقويم نقدي لمنظومات التشخيص الإجرائية الراهنة

مما لاشك فيه أن "منظومات التشخيص الإجرائي والتصميم المنطقي لمنظومات التصنيف [...] يمثل تقدما جوهريا برهن صلاحيته في البحث والممارسة" (Maragraf, 2000, P.141). ويرى فيتشن (1994) أن التحسينات من خلال منظومات التصنيف الراهنة والتشخيص الإجرائي يتجلى في ثلاثة مجالات:

1- العملية التشخيصية عند طرح التشخيص. فمنظومات التشخيص الإجرائي تساعد على توجيه العملية التشخيصية وتوحيدها وتنظيمها. فبما أنه ما زال الحصول على البيانات بالطرق اللفظية يحتل في الفحص الطبي النفسي/ التشخيصي النفسي أهمية أساسية، فإن للإجراءات المقننة لمنظومات التصنيف الإجرائية هو تأثير ميسر للعملية التشخيصية ككل.

2- تحسين الموثوقية من خلال الاستقصاء المنظم للبيانات. فالتحديد الدقيق للأعراض والمتلازمات التي ينبغي استقصائها قد رفع من دقة التشخيص بوضوح. وقد أمكن هنا تحقيق تقدم من خلال استخدام المقابلات المبنية الموصوفة (على سبيل المثال SCID-I) بشكل خاص.

3- تحسين الموثوقية من خلال المحكات التشخيصية الواضحة والخوارزميات (اللوغاريتمات) التشخيصية. فقد برهنت دراسات ميل (Meehl,1954) بوضوح العواقب المرتبطة ببناء الحكم الإكلينيكي "الحر". فالمحكات والخوارزميات

التشخيصية المستخدمة في منظومات التشخيص الراهنة تؤثر بمقدار كبير على الثبات التشخيصي.

ومع ذلك فهناك عدد من الحقائق النقدية التي لابد من أخذها بعين الاعتبار فيما يتعلق بالتشخيص الإجرائي. إذا أنه لا يمكن تطبيق الإمكانات المطروحة في الطرق الإجرائية في الواقع من دون تحفظات في بعض الأحيان أو أنه لا يتم تطبيقها أصلا: "فقد أظهرت دراسات حديثة أن تطبيق الدي أس أم الثالث المعدل والدي أس أم الرابع لا يمثل القاعدة بالضرورة حتى في الولايات المتحدة الأمريكية؛ ويحتمل وجود مشكلات أكبر في استخدام الدي أس أم الرابع في المحيط الناطق بالألمانية بسبب العوائق اللغوية وغياب برامج التدريب الرسمي" (Sass et al., 1996, P.X). وعليه فإنه من المتوقع أن الإكلينيكيين الناطقين بالألمانية يسترشدون مبدئيا بتوقعاتهم وخبراتهم ويستخدمون منظومات التصنيف في الغالب في صورة تأكيد لانطباعهم الخاص ومن ثم لا يولون المعلومات المتناقضة الأهمية التي ينبغي أن تمتلكها في إطار الاستقصاء التشخيصي الخوارزمي.

كما أن فئات الاضطرابات الأخرى المنفردة صعبة- سواء الموجودة منها أم الفئات الأساسية أو الفرعية الناقصة من وجهة نظر إكلينيكيين منفردين. فقد أشار زاس ومجموعته في عام 1996 إلى أنه قد تم في الدي أس أم الثالث المعدل مساواة مفهوم اضطراب عسر المزاج مع مفهوم "الاكتئاب العصابي" دون تدقيق. إلا أنه على النقيض من هذا قد أظهرت دراسات إمبيريقية "أن المرضى المشخصين بالاكتئاب العصابي بالمعنى السائد يحققون دائما محكات الاكتئاب الأساسي (المزمن)" (Sass et al., 1996, P.X) أما في الدي أس أم الرابع فقد تم التخلي عن هذه المفاهيم؛ إلا أنه كما أشرنا سابقا فما زالت في الآي سي دي العاشر فئة كاملة موجودة تحمل لقب "عصابية neurotic".

وهناك اضطراب آخر يظهر حدود منظومات التصنيف، ألا وهو اضطراب الشخصية النرجسية (Sass et al., 1996). فقد كان تصنيف اضطراب الشخصية النرجسية موجودا في النسخة الأصلية من الدي أس أم التي ترجع للعام 1952، وتم شطبه في

الدي أس أم الثاني ليعود في الدي أس أم الثالث والرابع. أما في الآي سي دي العاشر الذي يعد ملزما في ألمانيا فإن هذه الفئة غير موجودة وهو أمر لم يرض عدد ليس بالقليل من الإكلينيكيين. فمنظومات التصنيف الإجرائية تمثل حلولا وسط التي على الرغم من تطويرها المستمر لا يمكن أن ترضي كل المستخدمين ولا حتى تستوفي كل المعطيات الإكلينيكية الهادفة.

كما أنه وعند التدقيق فإنه لم تتم دائما مراعاة مطلب الخلو من المنشأ: ففي الدي أس أم الرابع تم إدراج وترميز كل أمراض الخرف حسب منشئها وتم تقسيم اضطرابات النوم وفق وجهات النظر النشوئية (على سبيل المثال اضطرابات النوم في سياق الأمراض النفسية الأخرى، اضطرابات النوم على أساس عامل مرض طبي). كما عبر منظرو السلوكية عن انتقادات إضافية لمنظومات التصنيف الراهنة (Nelson-Gray & Paulson, 2004): ففي حين يتصدر نموذج تحليل السلوك القيام بعمل - تصويري (إيديوغرافي[1]) Ideography - للتحليل الوظيفي للسلوك، الذي يصف بدقة السلوك على مستويات مختلفة من الاستجابة في السياق المعني، فإن التشخيص الفئوي يقدم وحدات أحادية (توحيدية monotheist) ، ينبغي أن يتم بداية "تفصيلها" (قولبتها) لتوافق كل مريض منفرد على حدة. فأغراض الإسناد الملموس للسلوك مختلفة هنا بوضوح: ففي حين يحاول التحليل الوظيفي تحديد الوحدات الوظيفية المهمة، يسعى التشخيص التصنيفي إلى تجميع الوحدات في تشخيصات مفيدة - وهي مخاطرة، يمكن أن تنجح في بعض الأحيان، إلا أنها تحمل في طياتها دائما خطر "التمدية Reification ". وعلى الرغم من هذه التناقضات الأساسية تصف نيلسون غري وبالوسون (Nelson-Gray & Paulson,2004) إمكانات "لتركيب توليفي" للتشخيص الإجرائي وتحليل السلوك: فمن وجهة نظرهما فإن حسنات الأسلوب التصنيفي (التواصل بين المتخصصين، ضرورة وجود منظومة تصنيف للأعمال العلمية، قارن أعلاه) تتكامل مع التحليل

---

(1) صورة أو رمز تمثل شيئا أو فكرة كاملة وليست كلمة.

الوظيفي (الوصف الدقيق للأعراض المنفردة وظروفها الموقفية). ويقول استنتاجهما الختامي الرائع:"ببساطة فإن هذا التوليف بين التشخيص والتقويم السلوكي هو الأفضل "This synthesis of diagnosis and behavioral assessment simply works best" (Neslson-Gray & Paulson,2004, p.438)

ويمكن النظر للمبادئ "العابرة للتشخيص Transdiagnostic " كتطوير لاحق جديد لمنظومات التشخيص الراهنة: فقد أجرى كل من هارفي وواتكينز ومينسل وسيفران (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran,2004) مراجعة واسعة للمراجع المتعلقة بالأعمال التجريبية من الطيف الاستعرافي في عدد كبير من الاضطرابات النفسية. وقد ظهر في هذا السياق أن العمليات المرضية تبدو أنها تمتد بانتظام عبر اضطرابات مختلفة. وكمثال على ذلك يمكن ذكر مبدأ التجنب، الذي يلعب في اضطرابات القلق بشكل خاص دورا كبيرا. وبما يشبه ذلك يبرر هايس وستروزال وويلسون (Hayes, Strohsal & Wilson,1999) بأن منظومات التصنيف الراهنة تمزق الظواهر التي تنتمي لبعضها في الواقع، بشكل مصطنع: "نسبة الاختلاطية في منظومات التشخيص الراهنة عالية جدا بالنسبة إلى شرعية المصداقية الأساسية للتصنيف المرضي "the ‘co morbidity‘ rates in current diagnostic systems are so high as to challenge the basic credibility of the nosology" (P.5).

بالإضافة إلى ذلك يشكك كثير من الباحثين بتغطية الأمور الجوهرية بالتركيز على أعراض الاضطراب: "حتى لو أمكن إعطاء المراجعين لقبا من نحو اضطراب الهلع أو الخوف من الأماكن العامة أو اضطراب الوسواس القهري فإن العديد من هذه التلقيبات تنبثق ضمن علاج ستبقى له علاقة بالمشكلات الأخرى: العمل أو الأطفال أو العلاقات أو الهوية الجنسية أو الارتقاء المهني أو الغضب أو الحزن أو مشكلات الشرب أو معنى الحياة"

"Even if clients can be given a label such as panic disorder with agoraphobia, or obsessive-compulsive disorder, many of this issues within therapy will still have to

do with other problems: jobs, children, relationships, sexual identity, careers, anger, sadness, drinking problems, or the meaning of life' (Hayes et al., 1999, P.5).

كما تم انتقاد التقسيمات المبنية بشكل صنعي للاضطرابات النفسية من وجهة نظر علم نفس الأعماق بالتحديد. وكمثال على ذلك سنقتبس عملا حول انتشار المخاوف والرهابات الاجتماعية في عينة إكلينيكية: فقد وجد كل من ديلي وفالك وفيراري ولايكسينرنغ ورابونغ وستريك (Dally, Falck, Ferrari, Leichsenring, Rabung & Streeck, 2005) بأن 45٪ من بين كل المرضى الذين عولجوا في مستشفى تيفينبرن Tiefenbrunn خلال فترة سنة ونصف قد أظهروا قيم استبيان ملفتة للنظر فيما يتعلق بوجود رهاب اجتماعي. وقد توصل الباحثون إلى التقدير التالي: "ولكن بالنظر إلى مفهوم الاضطراب المشكوك به بدرجة كبيرة ومفهوم الاختلاطية المرتبط بذلك فإن هذا بديهي من حيث أنه في تضررات المرضى المضطربين بشدة قلما يتعلق الأمر على الإطلاق بتضررات كان من الأفضل إلى حد ما أن توصف باضطرابات مستقلة" (Dally et al., P.7).

وبما أنه غالبا ما ينظر للقيام بالمقابلات الإكلينيكية المعيرة (من نحو SCID على سبيل المثال) على أنها "المستوى الذهبي Gold standard" للتشخيص الراهن، فإنه ينبثق عن ذلك خطر آخر: فبناء على الحقيقية القائلة: إنه في المقابلة التشخيصية الإكلينيكية المعيرة SCID تتم معالجة بعض الفئات العليا فإنه من الممكن أن يتم ببساطة "السهو" عن اضطرابات أخرى غير معروفة كثيرا. من بينها على الأغلب الاضطرابات التفككية، من نحو اغتراب الشخصية/ اغتراب الواقع مثلا (قارن Michal et al., 2004; Michal et al., 2004b).

10. خلاصة

من الطبيعي أن يكون من الصعب التنبؤ بتطور منظومات التصنيف الراهنة: وعليه فقد يشغل مسألة كيف سيبدو الدي أس أم الخامس أو الآي سي دي الحادي عشر الكثيرين. ومن وجهة نظرنا فسوف تحتل مسألة الصدق بعد سنوات طويلة من التأكيد على الموثوقية المتزايدة مركز الصدارة. وربما تكون أفكار ودراسات باول ميل

Paul Meehl الإمبيريقية مرشدا. فهو يهتم منذ وقت طويل بمسألة "تاكسونومية taxonomicity"[1] الاضطرابات النفسية، أي مسألة فيما إذا كان من الممكن من الاضطرابات النفسية المختلفة بهذا الشكل تحديد وحدات مرضية بالفعل، "موجودة" بشكل مشروع وواقعي. كما يتوقع من "علم النفس الإيجابي" تقديم مساهمات جوهرية (قارن Maddux, 2004; Wright & Lopez, 2004): فمن هذا المنظور فإن المشكلة الأساسية للتشخيص التصنيفي تكمن في عدم الاهتمام الكبير بالموارد والوضع الاجتماعي للأفراد المعنيين. وفي هذا السياق تتهم منظومات التصنيف الراهنة بتخليد "إيديولوجية المرض". وأخيرا فإن السؤال الأساسي لكل منظومة تصنيفية يتمثل فيما إذا كان التبسيط الذي يتم من خلال التلخيص والاختصار يضيع الجوهري الأساسي: تفرد الإنسان الفرد.

وتمثل مسألة المعالجة المناسبة للاضطرابات النفسية وجهة نظر أخرى لابد من أخذها بعين الاعتبار في تطوير منظومات التصنيف. ففي سياق ما يسمى "بالطب المسند" (قارن Berger, 2004 على سبيل المثال) أو على سبيل المطابقة "العلاج النفسي المسند" (على سبيل المثال Sanderson, 2002) تتم مناقشة محكات لتحديد الجودة العلمية وملائمة التدخل العلاجي حسب طبيعة الاضطراب القائم.

ويمكن تحقيق رفع قيمة فائدة منظومات التصنيف فيما لو تم على أساس مقترحات التدخل المسندة في الاضطرابات المنفردة التي ينبغي تصنيفها إضافة إشارات أو دلائل على شكل العلاج الأفضل حسب مستوى البحث الراهن أيضا. إلا أن هذا يتطلب ضرورة تحديث منظومات التصنيف يسير على قدم وساق مع سرعة البحث العلم نفسي-الإكلينيكي. وسوف يظهر التطور فيما إذا سيكون التشبيك من هذا النوع للتشخيص التصنيفي والتدخل العلاجي مرغوبا وقابلا للتنفيذ.

---

(1) التصنيف المرضي.

صفحة زوجية فارغ

13- تشخيص العملية والممارسة المضبوطة

غونتر كرامبن وبيترا هانك
Günter Krampen & Petra Hank

1. أهداف تشخيص العملية وقياس التعديل

حسب أبعاد نموذج وممارسة التشخيص العلم النفسي المختلفة لباولك (Pawlik, 1982) فإن وظيفة تشخيص العملية أو قياس التعديل تكمن في تحديد التغيرات في درجة المتغيرات النفسية. وبهذا فإن الهدف هو تصوير التغيرات الحقيقية في السمات في المجرى الزمني. وهذا يتطلب الوصف، وأحيانا أيضا التوضيح والتنبؤ بتقلبات السمات المستحثة داخلية أم خارجية المنشأ أم داخلية وخارجية المنشأ معا.

ويمكن لتقلبات السمات داخلية المنشأ أن تكون نتيجة لعمليات النضج المرتبطة بالنمو، أو أن تكون كذلك في الفهم المتحرر لمنظور نمو أدائي actional (قارن حول ذلك على سبيل المثال Brandstaedter, 2001) نتيجة لمساعي عمل الأشخاص المنظم للنمو. وفي المجال الإكلينيكي يتم وصف هذا من خلال ظاهرة التحسن العفوي Spontaneity Remission . وفي الحالة الفردية فإن هذا في العادة لا يرتبط وحده بالاختفاء العفوي، أي اختفاء الناشئ من تلقاء نفسه (بالمعنى العامي يتغير)، وإنما يرتبط بشكل خاص أيضا بتنشيط الموارد الشخصية والاجتماعية. فإذا تم تنشيط الموارد من خلال المساعدة المحترفة أو تعزيزها فإننا نتحدث حينئذ عن تقلب السمات (مسهم) في استثارته خارجيا[1]. وينطبق هذا بشكل خاص على تلك التغيرات في السمات التي ترجع إلى تدخلات إكلينيكية أو تربوية واسعة.

تعريف: تشخيص العملية (أو قياس التعديل) هو وصف وتوضيح والتنبؤ بالتغيرات الحقيقية لسمة ما (أو مجموعة من السمات) لدى شخص ما (أو عدة أشخاص) عبر زمنين/ موقفين على الأقل (أو أكثر).

ولا تتم ممارسة قياس التعديل باعتباره "الفن من أجل الفن l'art pour l'art، وإنما يقوم على أهداف عدة، تتجه كلها على السعي من أجل تأسيس علمي للعمل العلم نفسي الممارس. وكواحد من أول المحكات الذي تقيس العلمية به نفسها يذكر بيريز (Perriz,1991) بالنسبة إلى علم النفس الإكلينيكي براهين الفاعلية المقصودة للعمل العلاجي. وبهذا فقد تم التطرق للمسائل الأساسية لدلائل وفعالية وكفاية التدخلات.

- **الدلائل (أو مؤشرات الشفاء indication)** هي تبرير استخدام إجراء تشخيصي أو

---

(1) التغيرات التي تم الإسهام في استحداثها من الخارج.

علاجي ما في حالة ملموسة لاضطراب ذي قيمة مرضية في عملية التشخيص والتدخل ككل.

- **الفعالية Effectively (قوة التأثير أو الكفاءة efficacy)**: وتعني صلاحية إجراءات التدخل من خلال برهان قوة التأثير الإكلينيكية (الفعالية efficacy) والقابلية الإكلينيكية للاستخدام في الممارسة الروتينية (التأثير effectiveness).
- **الكفاية efficiency**: فاعلية إجراءات التدخل على خلفية تحليل المصاريف-الفوائد باستخدام معالجات بديلة والتخلي عن العلاج.

وفي كل هذا يحتل هدف طرح مؤشرات الشفاء التفريقي والتكييفي differential and adaptive Indication deduction، أي توجيه إجراءات التدخل نحو السمات الخاصة للأشخاص في عملية التدخل ككل، أهمية مركزية. وهذا في الوقت نفسه عنصر جوهري للممارسة المضبوطة، التي يقوم مطلبها فوق ذلك أيضا على تقويم الناتج (أو تشخيص النتيجة) في ختام إجراء تدخلي ما واختبار تأثيرات التدخل متوسطة وبعيدة المدى من خلال الاستقصاء البعدي (التتبع Catamnese)[1] (قارن حول ذلك Petermann, 1982). وبهذا يقدم قياس التعديل مساهمة مهمة لضمان الجودة في الرعاية العلاجية النفسية. ففي الممارسة الإكلينيكية التطبيقية تشكل، الممارسة المضبوطة، المؤشر (البندول) لمبدأ العلاج النفسي (والطب) المسند[2]، القائم على نتائج الدراسات المضبوطة على عينات أكبر من البحث الإكلينيكي.

وقبل التطرق للأسس الإحصائية الاختبارية لقياس التعديل وتوضيح الأنواع المختلفة منه ومساعدات قياسه واستخداماتها في المتغيرات المختلفة للممارسة المضبوطة سنتطرق بداية إلى الأهداف المذكورة لتشخيص العملية وقياس التعديل.

---

(1) Catamnese (Katamnese): مفهوم إغريقي يعني وصف حالة مرضية بعد انتهائها ومراقبة المجرى اللاحق.

(2) القائم على البراهين أو الدلائل.

1.1 تشخيص العملية والممارسة المؤسسة علميا

أنواع المسائل الدالة للممارسة العلم نفسية المحترفة هي حسب بروكه (Brocke, 1979) مسائل التوضيح والتنبؤ والتشكيل التي تمثل في تفاعلها سؤال انطلاق ذرائعي معقد، من نحو السؤال عن المعالجة Treatment الملائمة للتغلب على عجز في السلوك لدى مريض ما على سبيل المثال. وحل مثل هذه التركيبة من المسالة يمكن حسب بيريز (1991) أن يشهد له بالتأسيس العلمي، عندما يتم برهان الفاعلية المرجوة مع استبعاد التأثيرات الجانبية المضرة للإجراء العلاجي المتوافق مع المعارف العلمية (لتحقيق أهداف المعالجة المبررة أخلاقيا بطرق مقبولة أخلاقيا بإتباع قواعد العمل الموجهة بالقوانين العملية nomo pragmatic).

ويهدف مطلب العلمية هذا إلى تأسيس (تدعيم) الاستخدام من خلال النظرية. فمن أجل نقل المعارف النظرية الأساسية إلى الممارسة الإكلينيكية العملية والعكس بالعكس et vice versa توجد نماذج مختلفة (حول العلاقة بين أبحاث الأسس والتطبيق القائم على أساس علمي [المؤسس علميا] قارن مثلا (Brocke, 1993; Bunge, 1967; Herrmann, 1979; Perrez, 1991; Scheele, 1982; Westmeyer, 1978, 1979). فقد أدخل بونغ (Bunge, 1967) في هذا السياق مفهوم القاعدة التقنية. وحسب هذا النموذج فإن الاستخدام العملي يعد قاعدة أو طرح تقني، يمكن اشتقاقه من طروحات القوانين الطبيعية nomology[1] عبر "طريق جانبي" من الطروحات الموجهة بالقوانين العملية nomo pragmatic . وتقاس جودة هذه الطروحات التقنية [التكنولوجية] بفعاليتها Effectively. ولكن لا يفترض أن يكون موضوع الدراسات العلمية المضبوطة مجرد البرهان بأن القواعد تؤثر بالطريقة المرجوة فحسب، وإنما كيف تؤثر أيضا: "من الضروري تقرير أن القاعدة فعالة، ومع ذلك فإن هذا وحده غير كاف لتقرير بأنها

---

(1) علم النواميس الطبيعية والمنطقية .

كانت ناجحة في غالبية الحالات. [...] فقبل تبني فعاليتها بشكل إمبيريقي يفترض أن نقوم بتجزئتها ونفهم طريقة عملها. [...] الآن، التأسيس الموثوق للقاعدة هو منظومة من صيغة قانونية، لأن هذا وحده يمكن أن يوضح الوقائع بصورة صحيحة- على سبيل المثال، حقيقة أن القاعدة تعمل"

"to decide that a rule is effective it is necessary, though insufficient, to show that it has been successful in high percentage of cases. […] Before adopting an empirically effective: we ought to take it apart and reach an understanding of its modus operandi. […] Now, the solid foundation of a rule is a system of law formulas, because these alone can be expected to correctly explain facts-e.g., the fact that a given rule works. (Bunge, 1967,P.132-133)

فتوضيح آليات تأثير القاعدة التقنية هو الذي يتيح بداية جعل القاعدة التقنية مثالية أو استبدالها في مقتضى الحال بقاعدة أكثر فاعلية.

وقد سعى بيترمان (Petermann, 1982) إلى توضيح طريقة عملها من خلال مفهوم [تصور] المارسة المضبوطة Controlled Praxis . ويبدو أنه تم نقل مبادئ البحث في علم النفس الإكلينيكي إلى المارسة العلاجية وممارسة تحليلات الحالة بوصفها تجارب مضبوطة على الحالة. ويشير بيترمان (1982) إلى أن الأهداف المعرفية لمثل هذه الرؤى للحالات الفردية من الممكن أن تكون:

1- تعميم الفرضيات والأمثلة التوضيحية illustration،
2- اختبار الفرضيات ضمن شروط مخبريه (قابلة للضبط)،
3- تحليل الحالة الفردية تحت أهداف تشخيصية وتنبؤية بالارتباط مع التقويم للمعارف الخلفية المهمة للعمل (فرضيات وقوانين ونظريات)،
4- وضع قواعد استخدام وطروحات فاعلية،
5- مقارنة قواعد الاستخدام المختلفة وتحديد فاعليتها المهمة،
6- التقويم المستند على تحليل الحالة الفردية لقواعد الاستخدام في المارسة.

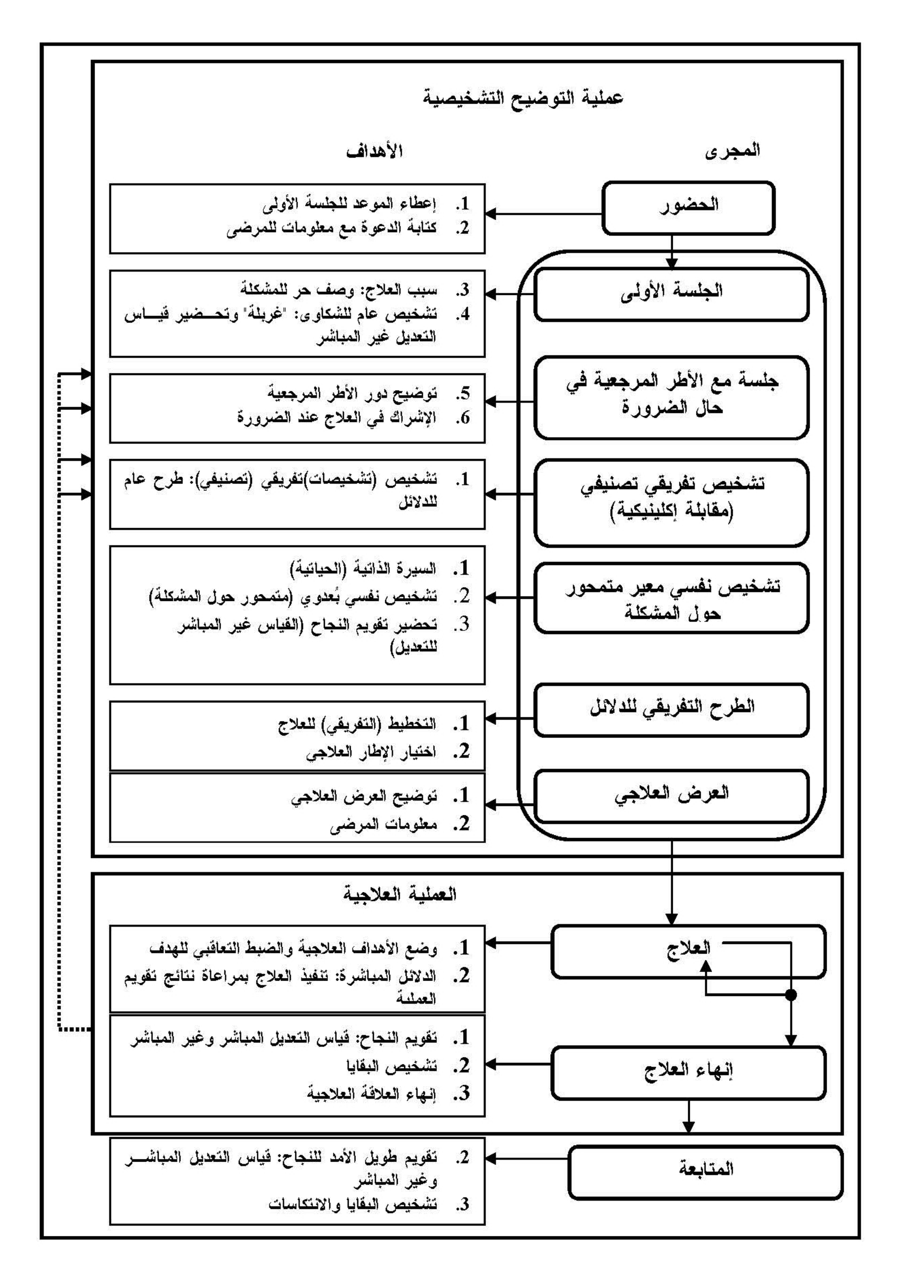
وطبقا لذلك تقول المسألة الرئيسية:

"مع من من الأشخاص؟ (أي نمط من الأشخاص؟)
و من خلال أي من المنفذين (أي نوع من المنفذين؟)
ما هي الأهداف البرامجية؟
ضمن أية شروط من التدخل؟ (ما هي شروط التدخل؟)
وبأي طرق من التدخل؟ (ما هي طرق التدخل؟)
يمكن أن تتحقق بالشكل الأمثل" (Patry & Perrez,2000,P.30)

وكوظائف أو مهمات عملية تنتج إلى جانب طرح الدلائل (أو مؤشرات الشفاء indication) المتعلقة بالحالة التقويم (التكويني formative) للعملية والتقويم (التجميعي [الختامي] Summative) للناتج. والممارس العامل على أساس علمي يستخلصها ضمن أمور أخرى من الاستخدام المنتظم أو الواسع قدر الإمكان للتشخيص القائم على أساس علمي [المسند علميا] (Brocke, 1993).

وعلى الرغم من أن الإجابة عن هذه المسائل تهدف مبدئيا إلى تأسيس الممارسة من خلال النظرية، فإن الطريق المعكوس أيضا المتمثل في معالجة القصور النظري أو الترميم النظري للمعرفة النفسية التطبيقية بمعنى بروكه (Brocke,1993) مفيد. وهذا حتى عندما يكون هناك علاقة (واهية) موجهة بين الأسس النظرية وتطبيقاتها العملية. وفي هذا السياق يشير باستين (Bastine, 1988) على سبيل المثال إلى المبادئ النظرية للفعل (التصرف) والمبادئ النظرية لحل المشكلة (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) أو نموذج التصويرة Schema-Model لغراوه (1988أ).

ويمكن وصف الخطوات المهمة للممارسة التطبيقية المضبوطة من خلال تصويرة مجرى بسيط لعملية التوضيح التشخيصية ولعملية التدخل التكيفية (قارن شكل 1). ويصبح تشخيص العملية مهما منذ البداية مع تهيئة قياس التعديل غير المباشر في إطار تشخص الشكاوى العام والتشخيص النفسي المعير. وفي أثناء عملية التدخل تتم ممارسة



الشكل (1): تصويرة توضيحية لعملية التوضيح التشخيصية وعملية العلاج التكييفي في الممارسة النفسية الإكلينيكية المضبوطة (معدل عن غراوه، 1998، ص 632 وكرامبين، 2002، ص 22)

تشخيص العملية من خلال الضبط التعاقبي للهدف successive goal control والإجراءات الأخرى من التشخيص المرافق للتدخل (عبر توثيق المجرى ومقياس جلسات المعالجة على سبيل المثال). وفي نهاية العلاج وفي الدراسات التتبعية يتمحور تشخيص العملية في قياس التعديلات المباشرة وغير المباشرة وفي تشخيص البقايا Residues (=البقايا المتبقية من الاضطراب بعد العلاج) والانتكاس Recidivate (=النكسة، عودة ظهور الاضطراب بعد التحسن).

1.2 تشخيص العملية والدلائل

الدلائل Indication [1] (في اللاتينية indicare: المؤشر، الدليل على)، ما يسمى "بمؤشر الشفاء"، هي مبررات استخدام طريقة تشخيصية أو علاجية محددة في حالة ملموسة لاضطراب ما ذو قيمة مرضية في عملية التشخيص والتدخل ككل. وينبغي تبرير استخدام الطريقة بطرح الدلائل بصورة كافية وفق محكات الضرورة والصلاحية (الصواب) والاقتصادية (وفق القانون الاجتماعي الألماني V;SGB V على سبيل المثال). فهنا يوجد واجب التوضيح للمرضى الذي ينبغي أن يشمل المداخل العلاجية البديلة والمخاطر. وفي كل هذه النصوص القانونية تختلف الدلائل (الاستطباب) المهنية عن الدلائل (الاستطباب) غير المهنية، التي تحدث في الحياة اليومية بشكل واصم وتمييزي discriminate إلى حد ما (وفق مبدأ "أنت لست بحاجة للعلاج" على سبيل المثال) وإلى حد ما أيضا نتيجة للقلق الناجم عن الإعزاءات الخطأ.

وفي إطار الممارسة التطبيقية المضبوطة يتضمن طرح الدلائل المهني ثلاثة مظاهر في الحد الأدنى (قارن شكل 1).

1- طرح التشخيص العام (طرح الاستطباب العام): ويقوم على التشخيص التفريقي

---

(1) في الطب دواعي استخدام دواء معين، أو الأسباب التي يستخدم دواء معين من أجلها أو "الاستطباب". فاعلية الاستخدام، الفاعلية.

التصنيفي لاضطراب ما (أو لاضطراب مختلط) وفق الآي سي دي العاشر أو الدي أس أم الرابع معدل النص، تكون له قيمة مرضية وفق الفصل الخامس من القانون الاجتماعي ومن ثم ضرورة العلاج.

2- ومن هذا الطرح العام للتشخيص يتم طرح الدلائل التفريقية (الاستطباب التفريقي)، عندما يتم إسناد سمات الشخص وطرق التدخل منهجيا بالرجوع إلى الفرضيات المنطقية explicative والمعيارية normative والتنبؤية. وشرط ذلك هو التشخيص (النمائي) النشوئي والتنبؤي الممتد لأبعد من التشخيص التصنيفي.

3- ويتحول طرح التشخيص التفريقي إلى تشخيص تكييفي عندما يتم إجراء التشخيص مرافقا للتدخل بهدف إسناد سمات الشخص وطرق التدخل في أثناء العلاج منهجيا بالرجوع إلى فرضيات منطقية ومعيارية وتنبؤية من أجل تصميم التنبؤ بالعلاج بشكل إيجابي، وتحسينه في مقتضى الحال.

وتطلق على طرح التشخيص العام والتفريقي باختصار تسمية الدلائل الانتقائية Selective Indication، لأنهما يقومان على نتيجة عملية التوضيح التشخيصية قبل المعالجة ومن ثم التحويل (الانتقائي) للمرضى إلى إجراء علاجي محدد (قارن شكل 1). ويتم تحضير تشخيص العملية بشكل منهجي، ولكن لا يتم تنفيذها. بل الأرجح إن تشخيص العملية هو أساس الدلائل (الاستطباب) التكييفي القائم على المجرى و-بالإضافة إلى ذلك- أساس الضبط المتوسط والطويل المدى لنجاح إجراءات التدخل. وفي جدول (1) تم ترتيب هذه المظاهر المختلفة للتأثير في تصنيف عام للتشخيص والتقويم العلم نفسي-الإكلينيكي.

وعلى خلفية التحديد الاتفاقي الواسع لوظائف علم النفس القائمة على وصف وتوضيح والتنبؤ بالسلوك والخبرة وتحليل الهدف القائم على السلوك والخبرة والتدخل للتغيير التصحيحي أو الوقائي للسلوك والخبرة وتقويمهما، تم التمييز بين المصطلحات التخصصية terminus techincus التشخيصية التالية في جدول (1):

1- التشخيص الوصفي للوضع (كأساس للدلائل العامة)،
2- التشخيص القائم على النمو،(كأساس للدلائل التفريقية)،
3- التشخيص (التكوينيformative) للعملية (كأساس للدلائل التكييفية adaptive)،
4- التشخيص (التجميعي أو الختامي) للناتج والنتيجة (كأساس لتقويم المعالجة).

وتستند الاستراتيجيات التشخيصية المصنفة بشكل خاص ضمن هذه الخطوات التشخيصية على:

(1.1) الغربلة Screening من خلال الوصوفات الحرة للمشكلة من قبل المرضى التي يمكن إكمالها بصورة مفيدة من خلال استخدام قوائم الشكاوى المعيرة على سبيل المثال.

(1.2) التشخيص التصنيفي الوصفي وفق الآي سي دي العاشر أو الدي أس أم الرابع معدل النص من خلال المقابلات الإكلينيكية المبنية جزئيا،

(2.1) التشخيص القائم على المنشأ بمساعدة تاريخ الحالة البيوغرافي والسبر السيكوديناميكي وتحليلات السلوك والمشكلة والأدوات السيكومترية المعيرة المتمحورة حول المشكلة.

(2.2) التشخيص القائم على التنبؤ لدوافع العلاج والشروط الأخرى للعلاج وموارد المرضى وأنماط علاقاتهم ونمط صراعاتهم وأساليب مواجهتهم،

(3.0) التشخيص القائم على التأثير من خلال توثيق الجلسات والمجرى واستبيان الجلسات العلاجية،

(4.1) تشخيص التعديل من خلال المقارنات القبلية والبعدية (القياس غير المباشر للتعديل) والقياس المباشر له،

(4.2) والتتبع من خلال الفحص البعدي بمساعدة استبيان المتابعة أو من خلال استخدام طرق قياس التعديل المباشر وغير المباشر أو من خلال استبيان المتابعة وطرق التعديل المباشر وغير المباشر معا.

الجدول (1): منهجية في التشخيص والتقويم العلم نفس إكلينيكي مع تصنيف لوظائف علم النفس والاستراتيجيات التشخيصية (معدل عن كرامبن (1998و ؛ص 47-46)

وظائف علم النفس	وصف الخبرة والسلوك		تحليل الظروف والهدف والتنبؤ بالسلوك والخبرة		التدخل النفسي	التقويم	
المصطلح التخصصي	التشخيص (الوصفي) للوضع		التشخيص (الديناميكي) للنمو		التقويم التكويني للعملية	التقويم التجميعي للناتج	
الإستراتيجية التشخيصية	الغربلة (الانتقاء)	التشخيص التفريقي الوصفي	التشخيص القائم على المنشأ	التشخيص القائم على التنبؤ	التشخيص المرافق للتدخل	تشخيص التعديل	متابعة Catamneses
الطرق (مثال)	الوصف الحر للمشكلة قوائم الشكاوى • SCL-90-R • KASSL • GBB • AT-EVA:SYM	ICD-10 DSM-IV-TR مقابلات إكلينيكية: • SCID • IDCL,IDCL-P • SCAN • SIDAM • IPDE • DIPD, MINI-DIPD	تاريخ الحالة السبر السيكودينامي: التصويرات الدافعية تحليلات السلوك والمشكلة: مركبات الاضطرابات تشخيص نفسي معير متمحور حول المشكلة: • BDI, H-Scales • IAF, STAI • TAI, MALT	دافعية العلاج وشروطه: • OPD • FMP, TEB, FLL • اختبارات ذكاء • تشخص الموارد والعلاقات • OPD • SONET • PFU نمط الصراع وأساليب المواجهة:	توثيق المجرى: • عمل ملفات • استبيانات التوثيق • استبيان الجلسة العلاجية • SB-C, SB-T • BIKEB • STEP تقويم المجرى من خلال: • تغيرات الحياة • معلومات الأطر	قياس التعديل غير المباشر قياس التعديل المباشر	فحص لاحق مثل التشخيص التعديل مقاييس التتبع

وظائف علم النفس	وصف الخبرة والسلوك		تحليل الظروف والهدف والتنبؤ بالسلوك والخبرة		التدخل النفسي	التقويم	
المصطلح التخصصي	التشخيص (الوصفي) للوضع		التشخيص (الديناميكي) للنمو		التقويم التكويني للعملية	التقويم التجميعي للناتج	
الإستراتيجية التشخيصية	الغربلة (الانتقاء)	التشخيص التفريقي الوصفي	التشخيص القائم على المنشأ	التشخيص القائم على التنبؤ	التشخيص المرافق للتدخل	تشخيص التعديل	متابعة Catamneses
			• PSSI, FPI-R	• OPD • SVF, FKV • ISE, ISE-Z • الوضع الحياتي • توضيح العلاج: • قياس تحقيق الهدف Goal attainment Scaling(GAS)	المرجعية • تشخيص معياري ثان • قياس تحقيق الهدف Goal attainment Scaling(GAS)		
النتيجة	فرضيات حول التكافؤ المرضي	تشخيص تصنيفي ICD-10, DSM-IV-TR	فرضية (فرضيات) حول المنشأ/ التطور المرضي	فرضية (فرضيات) حول الإجراءات الموصلة للهدف التخطيط للعلاج	تقويم القابلية للاستجابة العلاجية. تغير في تشخيصات ICD-10, DSMIV-TR التقويم التكييفي للعلاج	البقايا وفق ICD-10, DSMIV-TR؟	
	← طرح الدلائل العامة (الاستطباب العام)		← طرح الدلائل التفريقية		← الدلائل التكييفية	← تقويم العلاج	

وإلى جانب هذا التصنيف أو الترتيب القائم على عملية التشخيص والتدخل لتصورات أو مفاهيم مختلفة للدلائل يمكن التمييز مع مانس (Mans,1988) بين نماذج ثلاثة من الدلائل حسب النظريات التي يتم استخدامها عند طرح التشخيص من أجل التنبؤ بنجاحات العلاج:

- في نموذج التشخيص القائم على الاضطراب والأعراض للدلائل diseases- and symptom oriented Diagnose-Model of Indication يتم القيام بتخطيط العلاج بشكل متحرر من النظرية إلى مدى بعيد بناء على التشخيص التصنيفي وفق الدي أس أم الرابع المعدل أو الآي سي دي العاشر وعلى أساس برهان الفاعلية المتوفر من الدراسات الإمبيريقية لصور معينة من الاضطرابات (قارن حول ذلك على سبيل المثال Fiedler, 1996, 2000; Schneider & Maragraf, 2005).
- حسب نموذج الدلائل في الشخصية personality model of indication يقوم التنبؤ من خلال سمات الشخصية بالاعتماد الوثيق على نظرية في الشخصية (قارن مثلا: Becker, 1995; Beutler & Clarkin,1990).
- في نموذج الدلائل العلائقي Relationship model of Indication تحتل التوقعات والدوافع وشروط المعالجة المشابهة لدى المرضى مركز التخطيط للعلاج (قارن مثلا: Schneider, 1990).

وفي حين يتمحور ثقل هذه النماذج الثلاثة من الدلائل "التقليدية" التي ذكرها مانز (1998) على الطرح الانتقائي للدلائل، فإن نماذج عوامل تأثير الدلائل (نماذج الدلائل التي تقوم على عوامل التأثير) تشمل بشكل صريح مهام الدلائل التكييفية أيضا. وهذا ينطبق مثلا على نموذج المركبات الثلاث حول عوامل تأثير العلاج النفسي الذي قدمه غراوه ودوناتي وبيرناور (1994) [1]. وفي هذا النموذج يفترض بأن عوامل التأثير العامة (العابرة للمدارس) من نحو:

---

(1) راجع مستقبل العلاج النفسي، معالم علاج نفسي عام، ترجمة سامر جميل رضوان 1999.

أ - المساعدة الفاعلة لمواجهة المشكلة،
ب- التوضيح الدافعي
ج- و الدعم العلاجي والعلاقة

تسهم في عملية التدخل كلها بأوزان مختلفة، وتتفاعل هنا باستمرار ومسؤولة معا عن نجاحات العلاج. ومن هنا فإن عوامل التأثير هذه ليست مهمة بالنسبة إلى بداية العلاج بالنسبة إلى الدلائل الانتقائية والتخطيط للعلاج فحسب وإنما مهمة بشكل خاص أيضا لكل مراحل العلاج بالنسبة إلى الدلائل التكييفية. وهكذا فقط يمكن تعزيز عامل التأثير الدال في كل مرة في عملية التدخل بشكل مرن وتكييفي أو تخفيض عامل التأثير الأقل دلالة في الوقت الراهن.

- نموذج الدلائل المتعلق بعوامل التأثير يطابق مبدأ الدلائل غير الخاصة بمدرسة أو العابرة للمدارس ويمثل المرحلة الثالثة من نموذج المراحل الثلاثة حول تاريخ العلاج النفسي في القرن العشرين (Krampen,2002b)، الذي يتصف بمبدأ علاج نفسي عام وتفريقي (قارن غراوه ومجموعته، 1994، 1998؛ Krampen, 2002a).
- المرحلة الثانية من تاريخ العلاج النفسي التي يمكن وصفها بشعار التوفيقية Eclecticism (قارن حول هذا كرمبن 2002 ب)، تطابق مفهوم الدلائل المدرسية المقارنة schools comparative Indication .
- أما المرحلة الأولى من تاريخ العلاج النفسي الذي قام على تأسيس وتطوير مبادئ علاجية مستقلة (المدارس العلاجية) فتطابق مفهوم الدلائل الخاصة بالمدارس (الاستطبابات المدرسية Schools-specific Indication) مع ادعاءاتها بالعمومية.

1.3 تشخيص العملية وضمان الجودة

ينبثق سبب آخر لممارسة تشخيص العملية Process diagnostic عن خلفية مطلب ضمان الجودة وإدارتها في العلاج النفسي الخارجي والمركزي وفي الإمداد الاجتماعي

النفسي. وهذه الفكرة ليست جديدة بحد ذاتها. أما الجديد في هذا السياق حسب لايرايتر وفوغل (Laireiter & Vogel, 1988, P.19) فهو "التنفيذ المنهجي لفلسفة الجودة وطرق التحسين المستمر للأداء والأفكار الاقتصادية وتنظيمات حماية المرضى وحقوقهم وفي المظاهر الاقتصادية والسياسية المتعلقة بالإمداد.

وفي ألمانيا بدأ تطور ضمان الجودة في النظام الصحي في الهدف العام 31 لمنظمة الصحة العالمية وما نجم عن ذلك من تعديلات في القانون. فالفقرة 135-138 من القانون الاجتماعي الخامس SGB-V وما يتضمنه من تعليمات للعلاج النفسي نظمت ضمان الجودة في الرعاية الصحية ومن ثم أيضا فيما يتعلق بالرعاية العلاجية النفسية بهدف تحقيق مستوى عال لجميع المرضى بالتساوي في مجال الرعاية المركزية والخارجية.

فما المقصود بضمان الجودة وإدارتها؟

قام نوبلنغ وشميدت (Nuebling & Schmidt, 1998a) تحت ضمان الجودة بتجميع "سلسلة من المبادئ المختلفة والإجراءات المتنوعة [...] يكمن هدفها العام في التشكيك المنهجي والمستمر في نوعية الخدمات الصحية، أي الممارسة الإمدادية الملموسة، والتقييم والتنمية - والتحسين في حال النقص أو العيوب- (ص51). وعلى هذه الصورة من الفهم فإن إدارة الجودة هي عبارة وجه لإجراءات ضمان الجودة تهتم بالمركبات التنظيمية أو الإستراتيجية لأنظمة ضمان الجودة. وبالمقابل يؤكد لوكرت ولينسرت (Lueckert & Linsert, 1998) أن ضمان الجودة يتجه نحو النتائج بالأساس في حين تهدف إدارة الجودة إلى ضمان الجودة من خلال التنمية المستمرة لها.

فالأمر يتعلق إذا في بناء وضمان الجودة بتحديد وتقويم الحالة القائمة على خلفية حالة مرجوة موضوعة (قارن حول ذلك أيضا نموذج ضمان الجودة لفيثين Viethen,1994) وهذا استنادا إلى البينية والنتيجة والعملية (Donabedian, 1966).

ويقود البعد المذكور في الآخر مباشرة إلى قياس التعديل. فتطبيقا على سياق

العلاج النفسي تخضع في التوجه نحو العملية Process orientation كل النشاطات اللازمة لعلاج المرضى للاختبار. وبكلمات أخرى: يعد علاج المرضى الجوهر الذي تتجمع حوله كل عمليات العمل الأخرى (Janssen,1997). ومن أجل تحقيق هذا المطلب يحتاج الأمر من ناحية إلى إجراءات تشخيصية وعلاجية موثوقة إمبيريقيا أو مبررة بالاتفاق، ومن ناحية أخرى إلى مستوى (محكات) محدد للجودة يمكن من خلاله (خلالها) التقويم المستمر للجودة المحققة.

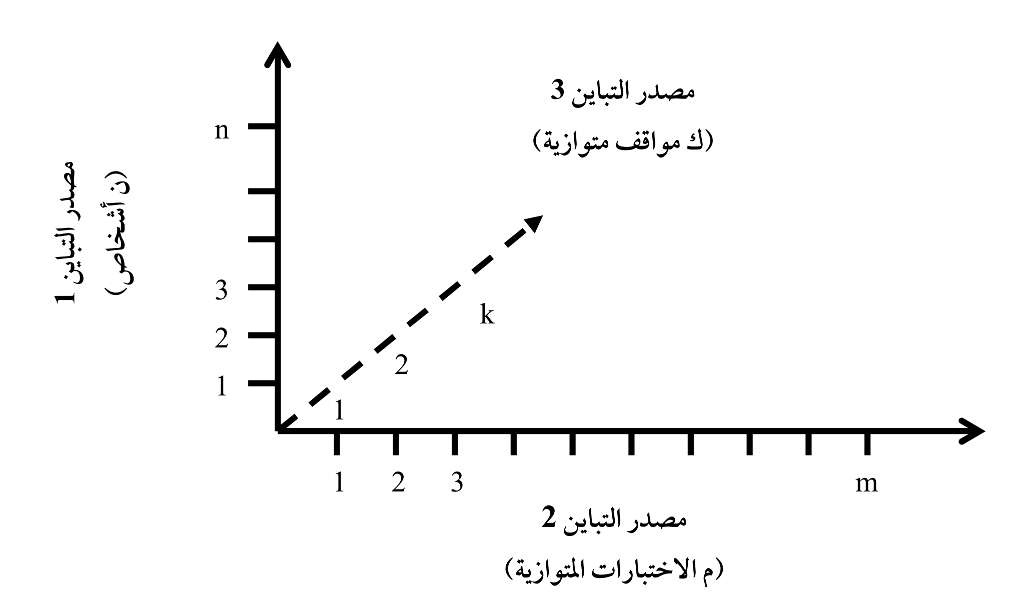
2. الأسس النظرية الاختبارية لقياس التعديل

2.1 قياس التعديل ونظرية الاختبارات التقليدية

يرتبط بالأهداف المذكورة لقياس التعديل مطالب (طرائقية) محددة من نظرية الاختبارات الكامنة خلفها. فالمطلوب هو قياس التعديلات الحقيقية في درجة وضوح السمات في المجرى الزمني، وهو هدف لا يمكن أن يتطابق مع نظرية الاختبارات التقليدية (Gulliksan, 1950; Lord & Novick, 1968)، لأن تعريف الدرجة الحقيقية true score، أي القيمة "الحقيقية" للسمة لا يعتمد إلا السمات الثابتة زمنيا وظرفيا ويفسر التغيرات داخل الفرد intra individual في درجة بروز السمات على أنها أخطاء في القياس (قارن على سبيل المثال لينرت، 1989). وطبقا لذلك فإن قيم التباين (قيم الفرق) بين زمن القياس الأول وزمن القياس الثاني (على سبيل المثال فرق قيم القياس قبل وبعد تنفيذ إجراءات تدريبية) تجمع بين أخطاء القياس في كلا القياسين. ولا يمكن للمرء الخروج من هذا المأزق إلا بأن تكون هناك ارتباطات إيجابية بين قيم القياس القائمة في التباين، أي أن يتم مضمونيا قياس أمور مختلفة إلى حد ما. غير أن التفسير المضموني لقيم التباين لا يعود عندئذ ممكنا (قارن حول هذا Zielke, 1982). وحسب بافلك (1982) "يفترض أيضا ألا يكون مفاجئا، أن نموذج القياس الذي يستبعد التغيرات في القيم الحقيقية، ألا يعود مثمرا من الناحية البنائية الاختبارية test

constructive، عندما لا يتم استخدامه إلا ضمن المسألة غير الموضحة في إطار هذا النموذج: أي لقياس التغيرات الحقيقية بهذه القيم الحقيقية" (ص 26). وكمخرج في إطار نظرية الاختبارات التقليدية اقترح فرضية مصدرين "حقيقيين" للفروق الفردية: القيم الضمن فردية الثابتة والقيم الضمن فردية المتغيرة، من أجل التمكن من الإجابة عن السؤال عن النسبة المئوية التي ترجع إلى تباين السمات الحقيقي الثابت والتباين الحقيقي المتغير للسمات (Pawlik, 1987). وتتضمن هذه الأفكار إلى جانب نظرية الاختبار المتوازي Parallel Test نظرية المواقف المتوازية، أي نظرية عن المواقف المتكافئة بالنظر إلى تقلبات السمات الحقيقية. وإلى جانب مصادر تباين الأشخاص (ن) وطريقة الاختبار المتوازي (م) تنتج كمصدر آخر للتباين مصدر المواقف المتوازية (ك) توسع بنية البيانات ثنائية البعد إلى بنية بيانات ثلاثية البعد. ويقدم شكل (2) بنية البيانات الناتجة.

فإذا ما نظرنا لمكعب البيانات هذا (شكل 2) باعتباره برنامج تجربة ثلاثي العوامل مع العوامل المستقلة الأشخاص والبنود والأوقات، فإنه يمكن في نموذج الأثر الأساسي تحليل تأثيرات لعوامل الثلاثة على سلوك الاستجابة بشكل مستقل عن بعضها البعض. وهنا يتم الافتراض بأن التعديلات تحصل لكل الأشخاص والبنود بالمقدار نفسه. وبالقياس على تحليل التباين يعبر التفاعل بين عاملي الشخص والبنود عن التعديلات الخاصة بالشخص. فإذا أدرك المرء تنظيم البيانات (ثنائي البعد) التابع لذلك تصبح المشكلات التقليدية المذكورة للتعديل واضحة. بالإضافة إلى ذلك ما زال هناك نقص الإطار المرجعي العلم نفس تبيؤي الذي طالب به باولك (1982) من أجل التحقيق (المقام) للمواقف المتوازية.



شكل (2): **بنية بيانات قياس التعديل** (**معدل عن بيترمان**، 1978، **ص** 13)

2.2 قياس التعديل والنظرية الاحتمالية للاختبارات

جرت محاولة تجنب مشكلة قياس التعديل من خلال توسيع سلوك الاستجابة من عاملين إلى ثلاثة في إطار النظرية الاحتمالية للاختبارات Probability Test Theory أيضا من خلال إدخال مؤشر "أثر الوقت Time effect ". فقد أدخل كل من روست وسبادا (Rost & Spada, 1983) التعميم لنماذج الاختبارات الكمية على بنية البيانات ثلاثية العوامل: قدرة الشخص وصعوبة البند و أثر الوقت. وبالارتباط مع الفرضيات المختارة يظهر نظام يتألف من ثمانية نماذج تعديل، تختلف عن بعضها فيما إذا كانت تشكل تعديلات خاصة بالبند أم بالشخص أم عامة أو كليهما. فإلى جانب نموذج راش ثلاثي العوامل (التقييدي restrictive)، الذي يتيح بافتراض أن التعديلات تحدث بالنسبة إلى كل الأشخاص والبنود بالمقدار نفسه، التحليل المستقل للعوامل الثلاثة، ينتج من خلال مراعاة تأثيرات التفاعل المختلفة بين كل اثنين من عوامل التأثير الثلاثة ثلاثة

نماذج تتيح التعديلات الخاصة بالشخص، والتعديلات الخاصة بالبند وتحليل التأثير العام (للعلاج). وتشترك هذه النماذج مع بعضها بأنه يمكن تقليصها على نموذج راش ثنائي العوامل (الطبيعي) – مع المشكلات التقليدية المعروفة لقياس التعديل: فدقة قياس فروق مؤشرات التفاعل المقدرة بين الفترات الزمنية ضئيلة، وترتبط الفروق مع المؤشر الزمني الأول بشكل سالب ولا تكون قابلة للتفسير الصادق، إلا عندما يكون عامل استجابة الأشخاص للبند ثابتا بالنسبة إلى كل مجموعات البنود أو الأشخاص المفترضين. وعلى مستوى تالي أعلى من التعميم توجد ثلاثة نماذج كل منها بمؤشري تفاعل. فإذا ما أراد المرء على هذا المستوى فحص التعديلات الخاصة بالبند والخاصة بالشخص، تظهر عندئذ مسألة الصدق، لأنه في كل موقف جديد يمتلك الأشخاص قدرات مختلفة وكل البنود تمتلك صعوبات أخرى، أي الشروط الأصلية للثبات التي وضعها راش (1960).

وهناك مبدأ ثان يحاول التحكم بقياس المشكلات المرتبطة بالتعديلات، تطلق عليه تسمية النماذج الديناميكية للاختبارات (حول مبدأ الاختبار الديناميكي قارن (Guthke, Boetcher & Sprung,1991). وهنا يفهم التغير في صيغة أن قدرات الشخص تتغير في أثناء الاختبار، فيتعلم الشخص شيئا إضافيا مع كل بند يجيب عنه. وبهذا يتم التخلي عن مبدأ ثبات قدرة الشخص. ويمكن فهم عمليات التعلم هذه من جهتها على أنها خاصة بالشخص أم بالبند أم عامة (قارن Rost, 1996). ومن خلال إدخال مؤشر[1] Parameter"القدرة على التعلم" كمؤشر ثان للشخص يتم على سبيل المثال تعليم parameterize القدرة الفردية على التعلم. ومن أجل تجنب مشكلة قياس التعديل الملازمة لكل نماذج التعلم الخاصة بالشخص، المتمثلة في الارتباط المرتبط بأخطاء القياس لكلا المؤشرين، يقدر كلاور وسيدوف (Klauer & Sydow, 1992) ارتباط قدرة الشخص والقدرة على التعلم تحت فرضيتهم في التوزع الطبيعي ثنائي المتغير bivariate.

---

(1) تعبير عن المعالم أو الدلالات التي تشير إلى شيء معين.

فأثر التعلم الخاص بالبند وعمليات التعلم المرتبطة بالاستجابة reaction contingent Learn processes يمكن فحصها بوساطة تباين (اختلاف) نموذج الاختبار الرمزي الخطي linear logistic [1] Testmodel (LLTM; Fischer, 1974)، وهو حالة خاصة من نموذج راش الطبيعي (قارن حول هذا راست، 1996).

ويتألف المبدأ الثالث الذي يحاول جعل نظرية الاختبارات صالحة لقياس التغير من تحديد أسباب تغير ما. فهنا تجري محاولة تكميم فاعلية إجراءات التعديل المختلفة وعرضها بشكل مقارن بين مجموعات الأشخاص. وبما أن المقارنات البسيطة لمتوسطات مؤشرات الأشخاص تشترط:

1- بأن تعطى البنود نفسها لكل الأشخاص – حتى وإن خضعوا لإجراءات مختلفة–.
2- أن تكون مؤشرات الأشخاص محملة بعدد كبير إلى حد ما بأخطاء القياس.
3- ولا يمكن تقويم أية فحوصات، تعرض فيها نفس الأشخاص لتوليفات علاجية treatment- combination مختلفة.

ينصح روست (1996) كذلك هنا استخدام نموذج الاختبار الخطي الرمزي. وبشكل خاص النموذج الخطي الرمزي بفرضيات مخففة (linear logistic model with relaxed assumptions، LLRA) الذي يتخلى عن فرضية تجانس البنود في كل فترات القياس، يقدم مخرجا ممتازا بالنظر إلى إشكالية الصدق. والنموذج يصور تغيرا عاما وذلك سواء فيما يتعلق بالبنود أم فيما يتعلق بالأشخاص. وبتعبير آخر: يفترض أن أثر الإجراءات بالحجم نفسه بالنسبة إلى كل البنود وكل الأشخاص بغض النظر فيما إذا كانت البنود متجانسة أو تقيس الشيء نفسه.

---

(1) المنطق الرمزي.

3. طرق ومساعدات لقياس التعديل

يمكن قياس التغيرات في درجات السمات للأشخاص بين فترات مختلفة من القياس بشكل مباشر وغير مباشر. ففي قياس التعديل غير المباشر يتم استخدام الفروق بين قيم الاختبار القبلي والبعدي المقاسة بشكل مستقل. ومن قيم الفروق هذه يقوم المشخص باستنتاج مقدار التغير في السمات بشكل غير مباشر. بالمقابل ففي القياس المباشر للتعديل إعطاء التغير بشكل مباشر من خلال عبارات التعديل (أقوال التعديل) بالمقارنة الزمنية (مثال: "أشعر بأني أقل توترا") ويمكن لعبارات التعديل هذه أن تكون عبارة عن أقوال صادرة من المريض حول نفسه أو أن تكون تقويمات صادرة من المشخصين.

3.1 القياس غير المباشر للتعديل

منذ عام 1963 كان بيرايتر (Bereiter) قد أشار للمشكلات الطرائقية المتعلقة بالقياس غير المباشر للتعديل من خلال الفرق بين القيم الناتجة عن القياس القبلي والبعدي:

1- تأثيرات الانحدار Regression-Effects.
2- ومعضلة الثبات والصدق المذكورين.
3- ومعضلة الذاتانية– الطبيعية Physicalism-Subjectivism-Dilemma (مشكلة الأهمية).

وهي مشكلات تحد من القوة التنبؤية لهذه البيانات. ففي الانحدار الإحصائي تكون اتجاهات التغيرات العشوائية (التغيرات الناجمة عن الصدفة) محددة مسبقا بوضوح، لأن الارتباط بين قيم الاختبار القبلي وقيم الفروق سالب، وبين القيم البعدية وقيم الفروق إيجابي بالمقابل. ويقود هذه التعلق الإحصائي إلى أنه يتوقع عند المرضى الذين يحققون قيم انطلاق مرتفعة سيظهرون قيم تعديل أعلى من المرضى الذين حققوا قيما متوسطة أو منخفضة في الاختبار القبلي. وهذا الأثر المصطنع artifact يقود إلى المبالغة في تقدير التعديل لدى المرضى الذين حصلوا على درجات عالية في الاختبار القبلي. أما ما يتعلق بمعضلة الذاتانية والطبيعية فالسؤال المطروح هو فيما إذا كان

المتصل على مستوى قيم القياس الفيزيائية يطابق متصلا على المستوى الذاتي-النفسي؟. هل الفروق المتساوية في القيم بين النقاط المختلفة لمقياس قيم القياس نفس المعنى أو الأهمية بالنسبة إلى المرضى؟

يمكن تحديد الفروق بين القياس القبلي والبعدي في تشخيص العملية من خلال عدد كبير من الأدوات السيكومترية المعيرة. وهنا يمكن في الحد الأدنى التمييز بين ثلاثة مجموعات من المساعدات التشخيصية (حول المنهجية العامة لطرق القياس النفسي الإكلينيكي قارن الفصل الرابع عشر من هذا الكتاب):

1- أدوات عابرة للاضطراب من نحو قوائم الشكاوى والأعراض ومقاييس الشخصية – واسعة الطيف، التي يتم من خلالها قياس طيف أوسع من سمات الشخص عبر التقدير الذاتي أو تقدير الآخر أو كليهما.
2- أدوات خاصة بالاضطراب التي يتم من خلالها القياس الهادف لسمات الشخص عبر التقدير الذاتي أو تقدير الآخر، التي تحظى وفق نتائج التشخيص التصنيفي بأهمية خاصة بالنسبة إلى الدلائل (الاستطباب indications) وتقويم نجاح العلاج.
3- استبيانات الجلسات العلاجية، التي يتم بمساعدتها القياس المتكرر لمظاهر الخبرة والإدراك للجلسات العلاجية المنفردة من خلال المعلومات التي يقدمها المرضى أو من خلال تقديرات الآخر للمرضى أو كليهما.

3.1.1 أمثلة حول الأدوات العابرة للاضطراب

1- تقيس قائمة الأعراض المؤلفة من 90 بندا ذات التدرج الخماسي المسماة قائمة الأعراض-90-م (Symptom Checklist-90-R) وتختصر (SCL-90-R) تعديل ألماني من قبل فرانكه (Franke, 2002)[1] الإحساس أو الوضع المعاش ذاتيا للشخص في الأيام السبعة الأخيرة في مجالات التجسيد والقهر وعدم الثقة في الاتصالات

---

(1) في العربية القائمة السورية للأعراض للمترجم.

الاجتماعية والاكتئابية والخوف والعدوانية/ العداوة والخوف الرهابي والتفكير الزوري (البارانوئي) والهذيانية. يضاف إلى ذلك ثلاث معلمات عامة تعطي استنتاجات حول الضغط النفسي المبدئي ومعلومات حول شدة وعدد الأعراض المرهقة. وحسب فرانكه (2002) فإن قائمة الأعراض–90 (SCL-90-R) تغلق "الفجوة بين الحالة المتغيرة بشدة مع الوقت وبنية الشخصية الثابتة زمنيا" وبهذا فهي ملاءمة لإعادة القياس. وتتراوح دقة قياس المقاييس بين $0.51 \geq \propto \leq 0.89$ بالاتساق الداخلي ويمكن اعتبار هذه القيمة بين المتوسطة والجيدة. أما موثوقية reliability بروفيل الاختبار فهي غير كافية بسبب الارتباط المرتفع القائم بين المقاييس inter correlation ، مما دفع هيسل وشوماخر وغاير وبرالر (Hessel, Schumacher, Geyer & Brahler, 2001) إلى قصر تعبيرهم الممثل للسكان لقائمة الأعراض–90 على معلمات عامة (مجمعة من خلال البنود التسعين). بالمقابل فقد قام فرانكه (2002) بتقديم تعبير خاص بالمقاييس الفرعية بشكل منفصل حسب الجنس والسن. أما مدة التطبيق فتتراوح بين 10–15 دقيقة، ضمن مجال مقبول واقتصادي.

-2 تعد قائمة الأعراض الحساسة للتعديل (Krampen,1991a) جزءا من الأدوات التشخيصية والتقويمية للاسترخاء الذاتي (Krampen,1991b). وهي تستخدم بطرح الدلائل وضبط النجاح المرتبط بالتشخيص الأولي من خلال قياس التعديل غير المباشر. وتقيس الأداة ستة مجالات من المؤشرات من تمارين أو معالجات الاسترخاء (كالاسترخاء الذاتي والاسترخاء العضلي التصاعدي) على مستوى إرهاقات الشكاوى الذاتية، المشتقة مباشرة من مجالات الهدف والتأثير (العامة) الخاصة بالاضطراب لأدوات الاسترخاء. والمقاييس الفرعية لقائمة الأعراض الحساسة للتعديل ذات أهمية مضمونية وإكلينيكية عامة مهمة، وتتضمن في كل مجال من مجالاتها 8 بنود، حيث تقوم هذه المجالات على:

1) التعب أو الإنهاك الجسدي والنفسي،
2) العصبية والتوتر الداخلي،

3) سوء التنظيم النفسي الفيزيولوجي،
4) صعوبات الإنجاز والسلوك،
5) إرهاقات الألم،
6) مشكلات في توكيد الذات وضبطها.

ويتراوح الاتساق الداخلي بين $0.77 \leq \alpha \leq 0.93$ ومعامل ثبات التجزئة النصفية $0.76 \leq r_{tt} \leq 0.91$ وهي قيم مقبولة. وما يشبه ذلك ينطبق على قيم ثبات الإعادة حيث تراوحت بين $0.40 \leq r_{tt} \leq 0.92$ مع فروق واضحة بين الأشخاص الذين اشتركوا بالاسترخاء الذاتي مقابل الذين لم يشتركوا، وهو في الوقت نفسه دلالة على صلاحية المقاييس والبرهان الإمبيريقي لحساسية القائمة للتعديل المرتبط بالتأثير على مستوى المقاييس. كما تقدم المقارنات مع معلمات على حساسية البنود للتعديل لقائمة كييل الحساسة للتعديل دلائل أخرى على الصلاحية (Zielke, 1997a, 1997b). فقد ظهر كما هو متوقع فروق متعلقة بالتدخل (علاج متمركز حول المتعالج/علاج فردي مقابل استرخاء ذاتي/عروض جماعية) في الحساسية للتعديل لكلا الأداتين. بالإضافة إلى ذلك تؤكد تقويمات الخبراء الصدق المضموني للقائمة على مستوى البنود.

3- قائمة فرايبورغ للشخصية Freiburger Personality Inventory (FPI-R, Fahrenberg, Hampel & Selg, 2001): وهي قائمة مقياس للشخصية قائم على التحليل العاملي والقياسي للبنود حول مجالات البناءات: الرضا عن الحياة والتوجه الاجتماعي والتوجه نحو الإنجاز والكف والاستثارة والعدوانية والمطالب والشكاوى الجسدية وهموم الصحة (الانشغال بالصحة) والانفتاح بالإضافة إلى مقاييس ثانوية للانبساطية والانفعالية بمعنى آيزينك. ويبلغ عدد البنود 138 بند يجاب عنها حسب انطباقها على الشخص. ويبلغ الاتساق الداخلي (معامل كرونباخ ألفا) للمقاييس بين $0.73 \leq \alpha \leq 0.83$. وقد تم حساب الصدق الداخلي من خلال تقارب convergence

التحليلات التحليلية العاملية والقياسية للبنود Item metric ومن خلال التحليلات المصفوفية التوكيدية Confirmatory Cluster Analysis. ويمكن استخدام قائمة فرايبورغ المعدلة للشخصية لليافعين والراشدين بدءا من 16 سنة. وتتوفر معايير حسب الجنس والعمر. ويتراوح وقت الإجابة بين 20–30 دقيقة.

3.1.2 أمثلة لأدوات خاصة بالاضطراب

1- مقياس بيك للاكتئاب (قائمة بيك للاكتئاب Beck-Depression-inventory) (BDI; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2000): وهو مقياس للتقويم الذاتي اقتصادي لقياس شدة الاكتئاب، ويتضمن 21 مجموعة لعبارات مدرجة على مقياس رباعي حول الأعراض الاكتئابية، من نحو المزاج المكتئب والتشاؤم والفشل وعدم الرضا ومشاعر الذنب وغيرها، يتم تقويمها بناء على ظهورها وشدتها. وتبلغ النافذة الزمنية حسب التعليمات أسبوع واحد. وتشير الدراسات حول صلاحية BDI على أنه أداة موثوقة ومتسقة وحساسة للتعديل. ويمكن استخدام الأداة لدى المرضى المكتئبين أو عند الشك بوجود اكتئاب في المجال العمري بين 18 و80 سنة. ويبلغ متوسط الإجابة عنه بين 10–15 دقيقة. قارن الفصل التاسع عشر من أجل مزيد من التفاصيل حول تشخيص الاضطرابات الاكتئابية.

2- مقاييس لقياس اليأس (Helplessness-Scales) (Krampen, 1994) وتمثل تطويرا لمقياس اليأس لبيك ومجموعته. فاستنادا للنموذج الجزئي القائم على نظرية الفعل للشخصية تقيس البنود توقعات الشخص السلبية للشخص من نفسه والمحيط الخاص بالشخص وحياته المستقبلية. وتتوفر مقاييس اليأس بتعديلين واحدة مكونة من 20 بند وفي شكلين نصفيين متكافئين يتضمنان عشرة بنود في كل منهما. وتشمل النسخة المعيارية المصممة للمجموعات الإكلينيكية من مقياس اليأس (H-S-Scale) على 20 عبارة ثنائية dichotomy يجاب عنها حسب انطباقها على الشخص. وتبرهن الدراسات حول دقة قياس المقاييس من خلال الاتساق والتجزئة والإعادة موثوقية كل نسخ وأشكال

مقاييس اليأس وتثبت نفسها كطريقة حساسة للتعديل لتقويم الآثار العلاجية. وقد أمكن البرهان الإمبيريقي لصدقها التقاربي والتمييزي والتفريقي convergence, discriminate and differential Validity . ويمكن تطبيق المقاييس بدءا من عمر 13 حتى سنوات العمر المتقدمة ويمكن تطبيقها فرديا أو جمعيا. وتتوفر معايير ممثلة للسكان منذ سن الثامنة عشر. وتبلغ مدة التطبيق بين 10–15 دقيقة.

3- ويمكن قياس شدة ومجرى وحالة القلق من خلال مقياس حالة القلق من مقياس القلق–كحالة–وسمة للاوكس وغلانسمان وشافنر Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger (1981) . وتقيس البنود العشرين القلق المعاش في الوقت الراهن كحالة انفعالية تتصف بالتوتر والقلق وعدم الاستقرار الداخلي والخوف من الأحداث المستقبلية وارتفاع نشاط الجهاز العصبي المستقل. ويبلغ الاتساق الداخلي للمقياس $\alpha = 0.90$ وثبات إعادة القياس منخفض كما هو متوقع. وقد تم برهان الحساسية تجاه التغيرات الموقفية بشكل تجريبي. ويمكن تطبيق المقياس بدءا من سن الخامسة عشر في المجال الإكلينيكي وفي أبحاث القلق التجريبية. وبسبب التعلق المتعدد لقيم حالة القلق لابد من تفسير الدرجة الفردية على خلفية المقارنة فقط، التي تأخذ بعين الاعتبار المتغيرات المختلفة حسب أهميتها المعنية. وستتم معالجة تشخيص المخاوف والرهابات في الفصل 21 من هذا الكتاب.

4- تم تطوير استبيان القلق–التفاعل Interaction-Anxiety-Questionnaire لبيكر (Becker,1997) لقياس الميول الخاصة بالمجالات للقلق. ويتم تقويم وصوفات لـ 55 موقف إجمالا حول مجالات الخوف من الإصابة الجسدية والظهور وتخطي المعايير والأمراض والعلاجات الطبية وتوكيد الذات والتبخيس والخضوع على مقياس مكون من سبعة درجات حسب درجة عدم الضيق أو الضيق الذي يشعر به الشخص عند مواجهة الموقف المعني. بالإضافة إلى ذلك يمكن من خلال مقياس عاشر قياس الميل العام للقلق. وتتراوح دقة القياس للمقياس بالاتساق الداخلي بين $0.72 \leq \alpha \leq 0.90$

وهي قيمة بين المقبولة حتى الجيدة. وتحقق معاملات الثبات لبروفيل المقياس المطالب اللازمة. وفي سلسلة من دراسات الصدق تم اختبار الارتباطات بين مقاييس استبيان القلق–التفاعل وبناءات أخرى ذات نتائج معقولة. وقد تم تعيير المقياس الذي يمكن استخدامه بشكل فردي أو جماعي ضمن المجال العمري 18–65 من بينها في المجال الإكلينيكي للتشخيص التفريقي وتقويم الإجراءات العلاجية على عينة ممثلة. وتتوفر قيم تائية وتساعية ونطاقات مئوية (المدى الميئيني) بشكل منفصل للذكور والإناث من مجموعات عمرية مختلفة. وتستغرق مدة الإجابة حوالي 15 دقيقة.

5- قائمة ترير للكحول Trierer Alcoholism inventory (Funke, Fumke, Klein & Scheller, 1987) عبارة عن قائمة معبرة للتعلق بالكحول للرجال والنساء تقدم معلومات تشخيصية تفريقية وذات أهمية علاجية. وتتضمن 90 سؤال تصور سلوكات وخبرات خاصة يصفها المتعلق بالكحول نفسه كسوابق وعواقب استهلاك الكحول المفرط. وتتناول المقاييس السبعة للقائمة:

1) فقدان السيطرة على السلوك والمشاعر السلبية بعد الشرب،
2) الشرب الاجتماعي،
3) الشرب الإدماني،
4) دوافع الشرب،
5) عواقب وأضرار ومحاولات المعالجة الذاتية للأعراض الجسدية المرافقة،
6) مشكلات الشريك بسبب الشرب،
7) الشرب بسبب مشكلات الشريك.

والاتساق الداخلي للمقاييس مقبول. وقد تم في سلسلة من الدراسات التي تبرهن الارتباطات بين قائمة ترير للكحول ومتغيرات مختلفة إثبات صدق القائمة. وتبرهن قيم إعادة الاختبار ثبات القائمة. وتتوفر معايير تساعية وتائية وميئينية بالنسبة إلى الجنسين. ويبلغ زمن الإجابة حوالي 30 دقيقة.

3.1.3 أمثلة حول استبيانات الجلسات العلاجية

يرجع أصل استبيانات الجلسات في تشخيص العملية وتقويمها إلى العلاج المتمركز حول الشخص، ومن هنا فقد كانت مصممة بالأساس بصورة متعلقة بالمدرسة، إلا أنها سرعان ما تم توسيعها على خلفية جدارتها المعقولة إلى متغيرات أكثر عمومية.

1- وينطبق هذا على سبيل المثال على أدوات تقويم الجلسة (المتعالج)-وأدوات التقويم الذاتي لشينلر وهوينبيرغر- وسيبر وهالفيج (Schindler, Hohenberger-Sieber & Gahlweg, 1999a) التي يتم فيها من خلال 20 بند قياس توقعات المرضى والشفافية المعاشة من قبلهم ونشاطاتهم وتعاونهم وتفاؤلهم وثقتهم والتشكل المعاش لضبط الذات.

2- يتم قياس المعلومات من وجهة نظر المعالج حول التوقعات من الجلسة والبنية والإقناع stringency والدافعية والإرشاد والمعلومات والمعارف الجديدة والتقدم والتأكيد بمقياس تقويم الجلسة (المعالج) (Schindler et al.,1990b).

3- مقياس بيلفيلد لخبرات المعالجين لهوغر وإيكرت (Hoeger & Eckert, 1997) وهو مبني على أساس التحليل العاملي ويقيس ستة مظاهر يتضمن كل منها أربعة بنود تتمثل في التدبر مع المعالج ومع الذات وخبرة التعديل والثقة والتفاؤل الشخصي والتهدئة والاسترخاء الجسدي مقابل التعب.

4- كما تتوفر اقتراحات لأدوات عامة لتشخيص العملية بالنسبة إلى العلاج ضمن المجموعة (Enke & Lerme, 1978; Strauss & Eckert, 1994).

5- بما أن استبيانات الجلسات المتوفرة لا تبرهن وجود عوامل تأثير عامة بسبب كونها مبنية على أساس الخصوصية المدرسية أو ذات توجه مضموني عام فقد طور غراوه استبيان المتعالجين، (1998 ص 669 وما بعد). فمن خلال 29 بند يتم قياس خبرة الجلسة العلاجية من خلال المريض على مقاييس إجابة ثنائية البعد مكونة من سبع درجات. ويتم التقويم حسب مقاييس قائمة على أساس التحليل العاملي:

1) الرضا عن الجلسة
2) التقدم الذي يعيشه المريض داخل العلاج،
3) التقدم الذي يعيشه المريض خارج الجلسة،
4) النوعية المعاشة للعلاقة العلاجية،
5) المشاركة الانفعالية المعاشة في العلاج.

ومن خلال قيم المقاييس يتم تحقيق تصوير العملية Process figuration وتحليلات للنمط (تحليل النمط المميز Feature Pattern Analysis) للمجريات العلاجية، حيث تتجمع نتائجها في أنواع من الأنماط المجمعة Combination-Muster Types للمجريات العلاجية في عينات أكبر ويتم ربطها بمتغيرات نتائج العلاج. وما يؤخذ على هذه المقاييس المستخدمة أن استنادها إلى نموذج المركبات الثلاثة لطريقة تأثير العلاج يظل ضئيلا والأداة ببنودها التسعة والعشرين طويلة نسبيا بالنسبة إلى تشخيص العملية الذي ينبغي أن يكون اقتصاديا وروتينيا في نهاية كل جلسة. يضاف إلى ذلك أن غراوه وبراون (1994) يهملا أخطاء القياس، مما قاد إلى أن الفروق القبلية والبعدية التي تقوم على أخطاء القياس فقط، يمكن أن تكون كبيرة مثل الفروق القبلية والبعدية القائم على القياس الموثوق تماما (قارن Steyer, Hannoever, Tesler & Krieble, 1997).

6- طور استبيانا الجلسات للعلاج الفردي العام والتفريقي (Krampen, 2002a) كأداتين اقتصاديتين معيرتين لقياس عوامل التأثير العامة التي حددها غراوه ومجموعته (1994) للعملية والتأثيرات العلاجية النفسية من وجهة نظر المتعالجين والمعالجين. وتقوم بنودهما مباشرة على خبرة العلاقة العلاجية في الجلسة الفردية من خلال المتعالجين ومن خلال إدراكاتهم وتقويماتهم. وقد تم بناء النسختين بشكل متكافئ وتشملان على 12 بند مصاغ بشكل تكاملي. ففي استبيان المرضى يقوم المريض بعد الجلسة العلاجية بتقدير فيما إذا كانت العبارة تنطبق عليه أم لا تنطبق على مدرج

سباعي. وفي استبيان المعالج يقوم المعالجون بالإجابة عن أسئلة مطابقة في المضمون بالاعتماد على إدراكاتهم لخبرة وسلوك مرضاهم على مدرج مطابق. وتتوفر بالنسبة إلى منظور المريض والمعالج ثلاثة مقاييس فرعية متكاملة حول المعاش أو المدرك في الجلسة.

- التوضيح الدافعي لدى المريض (منظور التوضيح) بخمسة بنود،
- المساعدة الفاعلة حول مواجهة المشكلة (منظور مواجهة المشكلة) بأربع بنود.
- العلاقة العلاجية (منظور العلاقة) بثلاثة بنود.

وتفيد استبيانات الجلسات سوية مع تقويم العملية والنتيجة القائم على الأهداف العلاجية المحققة تتابعيا ، من خلال مقياس تحقيق الهدف Goal Attainment Scaling (GAS; Kiruskek, Smith & Cardillon, 1994) على سبيل المثال، في المؤشرات التكييفية للإجراءات العلاجية. وفي الوقت نفسه تشكل مساعدة مبنية قيمة في توثيق العلاقات العلاجية والمجريات العلاجية النفسية للحالة، التي هي ليست واجبا شكليا بل لا يمكن الاستغناء عنها كأداة لضبط جودة العلاج النفسي. ولا بد من التأكيد على أن الأدوات المبنية من نحو استبيانات الجلسات للعلاج الفردي العام والتفريقي لا يمكن أن تكون دائما سوى إكمالا (مهما ومفيدا بالطبع) للتوثيق الحر والمبني جزئيا free and half structured Protocol إلا أنها لا تحل محله أبدا.

3.2 القياس المباشر للتعديل

في القياس المباشر للتعديل يتم الالتفاف على المشكلات الطرائقية للقياس غير المباشر المذكورة أعلاه من خلال استخدام مقاييس قيم القياس الذاتية للشخص نفسه كعملية مقارنة والسبر المباشر للتعديلات المعاشة ذاتيا في اتجاهها بالنسبة إلى فترة زمنية محددة في قياس واحد فقط.

وبغض النظر بالمتصل الفيزيائي لدرجة القياس يتم تكميم التعديلات المدركة من

خلال المقارنة الضمنية بين الحالة الابتدائية المدركة داخليا مع الحالة الانتهائية على متصل من الأهمية الشخصية للمفحوص. وفي هذا النوع من القياس تظهر تأثيرات للانحدار بمقدار مشكلات التفسير المرتبطة بمعضلة الصدق والثبات. كما أن القياس المباشر للتعديل أكثر اقتصادية من القياس غير المباشر، إلا أنه يطرح بالمقابل أسئلة عن التشويهات من خلال التقديرات الاسترجاعية للتعديل الحاصل وعن المبالغة الممكنة للتعديل المدرك (المرتبط من خلال سلوك الاستجابة المرغوب اجتماعيا) وعن المكافئ الرقمي أو العددي بين قيم التعديل التي تم الحصول عليها بشكل مباشر مقابل غير المباشر. ومن هنا لا يفترض أن ينظر للقياس المباشر للتعديل على أنه بديل للقياس غير المباشر. بل أنه طريقة مستقلة لقياس التعديل ينبغي استخدامها بشكل مكمل للقياس غير المباشر للتعديل، مع العلم أن التطابق بين كلتا الإستراتيجيتين لقياس التعديل له أهمية خاصة.

وقد تم تأكيد هذا من خلال نتائج الدراسة الإمبيريقية لميشالاك وكوسيفيلدر وماير وشولته (Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2003). فقد اعتمدت الدراسة على بيانات عينة كبيرة بلغت (775) من مرضى العلاج النفسي الخارجي (كان من بينها 583 مريض باضطرابات القلق، و 95 باضطرابات وجدانية)، وبمتوسط من الجلسات مقداره (26) جلسة. فإلى جانب عدد كبير من متغيرات التعديلات غير المباشرة (متغيرات نجاح متعلقة بالاضطراب وعابرة للاضطراب واستبيانات حول عواقب الاضطراب بالمقارنة القبلية والبعدية) تم سبر متغيرات التعديل المباشرة من خلال التقديرات الاسترجاعية للنجاح العام للمعالجة وتحقيق هدف العلاج ومن خلال استبيانات تعديل الخبرة والسلوك (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978). وقد ظهر بالتحليل العاملي في الارتباطات الدالة إحصائيا لمتغيرات النجاح المسبورة بشكل مباشر وغير مباشر (بارتفاع اعتدالي moderate height واقع في مجال $0.18 \leq r \leq 0.54; P \leq 0.01$) بالنسبة إلى المجموعات الفرعية المختلفة بوضوح. العامل الأول مشبع جوهريا بمتغيرات النجاح غير المباشر والثاني مشبع جوهريا بمتغيرات متغيرات النجاح المباشر.

ومن أدوات القياس المباشر للتعديل على سبيل المثال:

- المجموعة الكبيرة من مقادير الرضا، التي يتم فيها في نهاية العلاج تقدير نجاح العلاج أو الرضا عن العلاج من خلال المريض أو المعالج أو كليهما (قارن على سبيل المثال Michalak et al., 2003). والمثال المشهور هو دراسة تقارير المستهلكين Consumer Reports Study (Seligman,1995)، التي تم فيها استقصاء المرضى السابقين بعد نهاية العلاج بشكل استرجاعي عن رضاهم عن العلاج النفسي. ونظرا للبراهين المتنوعة لأخطاء الاسترجاع فإنه يبدو أن هناك شك بالصدق والثبات لهذا المقدار من النجاح ومن ثم باستخدامه المنفصل.
- مقياس تحقيق الهدف Goal Attainment Scaling (GAS; Kiruskek, Smith & Cardillon, 1994) هو عبارة عن طريقة فردية يتم فيها عرض أهداف التدخل الراهنة وتكميم المقدار الشخصي من تحقيقها. وينبغي أن يتم تطبيق مقياس الهدف في وقت مبكر من العملية العلاجية قدر الإمكان. وهو يتضمن عدة خطوات. ففي الخطوة الأولى يتم ذكر خمسة مجالات من الأهداف المهمة بالنسبة إلى المريض التي ينبغي ترتيبها وفق أهميتها الذاتية بشكل تنازلي ووزنها طبقا لذلك. وفي الختام يتم بالنسبة إلى كل مشكلة تحديد خمسة مؤشرات (=محكات) قريبة جدا من السلوك قدر الإمكان، ينبغي وصفها موضوعيا وترتيبها على مقياس خماسي يتضمن الوصوفات اللغوية "أقل بكثير من النتائج المتوقعة" (-2)، "أقل بقليل من النتائج المتوقعة" (-1)، "النتائج الأكثر توقعا أو المقبولة" (0)، "أكثر قليلا من النتائج المتوقعة" (+1)، "أكثر بكثير من النتائج المتوقعة"(+2). ويستطيع المريض عندئذ في فترات منتظمة في أثناء العلاج وبعده تقدير تحقيقه للهدف ضمن قيمة تبلغ بين (-2) و(+2). وبهذا يسهم مقياس تحقيق الهدف في تقويم العملية العلاجية مع الأهداف العلاجية الفردية كمحك نجاح. ويقاس صدق المقياس من خلال:

1- أهمية مجالات الأهداف بالنسبة إلى المريض المعني وقيمة مؤشر المحكات بالنسبة إلى مجالات الأهداف،

2- مقدار تمثيله بالنسبة إلى المعالجة التقويمية،
3- القبول بالنسبة إلى المحكم الخارجي (Kordy & Hannoever,1999).

وبما أن المرضى والمعالجين يعملون معا على الأهداف العلاجية فإن الأداة تقوي بالإضافة إلى ذلك الدافعية والمسؤولية الذاتية للمريض. وهناك ميزة أخرى للمقياس تكمن في أنه يمكن استخدامه بشكل مستقل عن المدارس والطرق.

- استبيان تعديل الخبرة والسلوك (Zielke & Kopf-Mehnert,2001) : وهو استبيان يقوم بتكميم تقديرات التعديلات المدركة ذاتيا في الخبرة والسلوك للمعالجين النفسيين. ومن أجل ذلك يتم من خلال (42) بند مباشرة استقصاء التعديلات المقدرة التي حصلت في مجرى العلاج. وتتكون البنود من عبارات ذات تقدير سباعي، (على سبيل المثال "أصبحت أكثر هدوءا")، تقوم مضمونيا على العلاج المتمركز حول الشخص بشكل خاص وتشكل عاملا ثنائي القطب: القطب الأول "الاسترخاء والطمأنينة والتفاؤل" مقابل القطب الثاني "التوتر وعدم الطمأنينة والتشاؤم". ومقياس تعديل السلوك والخبرة هو مقياس موضوعي ومتسق ذو ثبات زمني ضئيل كما هو متوقع. وتبرهن الارتباطات الدالة مع مقياس تقويم التعديل لاستبيان فرايبورغ لتمثل المرض (Muthny,1989) صدقه المرتبط بالمحك. ويعطي المؤلفون قيم تعديل حرجة يمكن على خلفيتها تقويم التعديلات الفردية وأحيانا كتعديلات دالة. ويتراوح زمن الإجابة عن المقياس بين 10–15 دقيقة.

- مقياس تعديل خبرة الاسترخاء والعافية (الصحة النفسية) will-being (Krampen, 1991c) مقياس مبني بشكل شبيه لاستبيان تعديل الخبرة والسلوك واستبيان خبرة التعديلات الصحية (Krampen & von Delius, 1981)، الذي تم تطويره لقياس التعديل المباشر لدى مرضى في الطب والطب النفسي والمتوفر حتى الآن كأداة بحثية فقط. وباعتباره أداة تشخيصية وتقويمية للاسترخاء الذاتي فإن المقياس يتألف من 12 بند فقط تتمحور حول خبرة التعديل المباشر في المجالات الستة

المذكورة أعلاه من المؤشرات لاستراتيجيات التعديل واستراتيجيات العلاج.. وبسبب الأهمية المضمونية للأسئلة التي تمتد إلى مدى أوسع من المجال الضيق للعلاج بالاسترخاء (على سبيل المثال "أنا أقل قلقا عندما أفكر في المستقبل"، "أشعر بأني أحسن"، "أتحمل أكثر ولا أستسلم بسهولة") وقصره فإنه ملائم جدا للاستخدام كذلك في مجال العلاج النفسي والقياس المتكررة مرارا. وتتوفر مقاييس مقارنة اجتماعية (رتب ميئينية وقيم تائية) ومعايير تعديل ضمن الفرد نفسه. ويمكن استخدام المقياس لدى اليافعين والراشدين غلى حد سواء.

3.3 محكات للتعديلات المهمة إكلينيكيا

يبقى السؤال: ما الذي يجعل من التعديلات - سواء كانت مقاسة بشكل مباشر أم غير مباشر - مهمة؟

فإلى جانب استخدام المحكات المضمونية، قبل السيكومترية (من نحو الخلو من الأعراض وفق الآي سي دي العاشر أم الدي أس أم الرابع معدل النص، التغيرات الموضوعية في الأطر الحياتية المهمة، الزيادة القابلة للملاحظة بشكل مباشر لحريات التصرف...الخ) تعد الطروحات المدعمة سيكومتريا ضرورية. وتقليديا تتمثل الإجابة عن هذا السؤال في الرجوع إلى المؤشرات السيكومترية من نحو حدود الثقة confidence interval والانحرافات المعيارية والقيم المعيارية المتوسطة أو الأكثر ملائمة...الخ، التي يفترض لها أن تساعد على تقدير مقدار التعديلات المقاسة بشكل مباشر أم غير مباشر وأهميتها الإكلينيكية. وقد اهتمت بشكل خاص مجموعة عمل ياكوبسون (Jacobson & Follette & Revenstrof, 1984; Jacobson & Revenstrof, 1988; Jacobson & Truax, 1991) بشكل مكثف بهذا وقدمت مقترحات إجرائية التي يمكن العمل فيها سواء في دراسات الفاعلية والتأثير أم في ضمان الجودة.

فقد انطلق ياكوبسون وتراوكس (1991) من الفرضية القائلة: إن العينات الإكلينيكية

وغير الإكلينيكية تنتمي إلى مجتمعات أصلية مختلفة، يمكن التفريق بينها من خلال قيم فاصلة ملائمة. وطبقا لذلك فإن التحسن المهم إكلينيكيا يتضمن التبديل الموثوق من المجتمع الأصلي "المريض" إلى المجتمع الأصلي "السليم" أو – على أساس قيم المقاييس– التبديل الموثوق من مقطع نمطي للمقياس مميز للمرضى إلى مقطع مميز للمجتمع الأصلي الطبيعي.

وبما أن قيم القياس للمجتمعات الأصلية الإكلينيكية وغير الإكلينيكية تتداخل مع بعضها على الأقل في الأدوات السيكومترية، تحصل أخطاء تصنيف عند استخدام هذه الأدوات. وبالفعل فإنه لا يتم اكتشاف المرضى (F1=) ويتم تصنيف الأسوياء بطريقة خطأ على أنهم مرضى (F2=). ويقترح ياكوبسون وتراوكس (199) ثلاثة متغيرات لتحديد مجال الهدف:

1- في الحالة الملائمة نكون عارفين لمؤشر الفصل بين العينة الإكلينيكية وغير الإكلينيكية ونحدد درجة المحك بحيث تكون نسب التصنيفات الخطأ بالنسبة إلى F1ـ (1−الحساسية [1-Sensitivity]) وF2 (1−الخصوصية [1-Specifity]) متساوية. فإذا كان كلا المجتمعين موزعان طبيعيا فإن قيمة الفصل تتحدد وفق $C_1 = (\delta_0 M_1 + \delta_1 M_0)/(\delta_0 + \delta_1)$. ويفترض أن يتم تخفيض الأعراض بعد العلاج بحيث يكون الشخص الذي تتم معالجته أقرب في قيمة المتوسط إلى المجتمع الأصلي غير المضطرب.

2- فإذا كان المؤشر δ_0 و M_0 غير معروفان ولا تتوفر لنا سوى بيانات حول المرضى، فإن قيمة الفصل تطابق نقطة تحول (انقلاب) التوزع الطبيعي في $C_2 = M_1 - 2\delta_1$. ويفترض أن يكون مقدار الأعراض بعد العلاج واقعا على الأقل بمقدار انحرافين معياريين تحت متوسط الجمهور الأصلي "المريض" الذي ينتمي له الشخص.

3- فإذا كان مؤشر التوزيع للعينة الإكلينيكية غير معروف، فينبغي حساب قيمة الفصل وفق $C_3 = M_0 - 2\delta_0$. إي أن شدة الأعراض ينبغي أن تكون بعد المعالجة واقعة بمقدار انحرافين معياريين تحت متوسط جمهور أصلي سليم.

وكما أظهر بيرتسيفيك وباور وكردي (Percevic, Bauer & Kordy, 2004) بشكل مثير للانطباع فإن هذه الطرق الثلاثة تقود إلى قيم فصل مختلفة ومن ثم إلى تقديرات مختلفة للأهمية الإكلينيكية ونسب التصنيف الخطأ. ومن هنا فهم يروجوا لصدق مضموني لقيمة المحك مع مراعاة نسب التصنيف الخطأ وصدق المحك - وهو مطلب لا يمكن إلا وأن نؤيده ويحتاج إلى معالجة.

4. متغيرات الممارسة العملية

يمكن أن يتم التقويم الإمبيريقي للتدخلات العلاجية النفسية الإكلينيكية من خلال الأنواع المختلفة لعروض الحالات الفردية. إلا أنها تشترك جميعها بالتركيز على التقلبات الضمن فردية في السمات في المجرى الزمني مع السعي لتوضيح هذه الخاصية من المجرى كوظيفة أو دالة لمتغيرات متنوعة بين وضمن فردية أخرى.

وبهذا المعنى يفترض هيليارد (Hilliard,1993)" بأن كل بحث منفرد هو بحث ضمن فرديall single research is intrasubject research (صفحة، 374). ويمكن تنظيمها وفق وجهات نظر مضمونية وطرائقية. فمن الناحية الطرائقية يتم التفريق بين عروض الحالة الفردية حسب فيما إذا كانت تقوم على حياة الفرد كلها أو فيما إذا كانت تتمحور حول مرحلة ما، كفترات المرض على سبيل المثال. وفي الحالة الأولى يتحدث سيلغ وكلابروث وكامينز (Selg, Klapproth & Kamenz, 1992) عن تاريخ الحياة Biography، وفي الحالة الثانية يتعلق الأمر بقضية فردية casuistic (أو حالة فردية individual case). وحسب الطريقة المستخدمة يمكن إجراء تقسيمات أخرى للحالة الفردية إلى عروض (وصفية) للحالات وإلى تحليلات (كمية) للحالات وتجارب (مضبوطة) للحالة الفردية (Hillard, 1993; Kern, 1997).

4.1 القضايا الفردية وعروض الحالات

يعد عرض الحالة السردي أقدم شكل لتحليل الحالة الفردية ويعد رائد التحليل الحالة التجريبي (Schroeder & Wildman,1988). وتاريخيا تعود جذور هذا المبدأ للتحليل النفسي. والمثال المشهور حول ذلك هو دراسة فرويد للمريضة آنا .Anna, O. وتعد عروض الحالات وصوفات استرجاعية موجهة كميا من دون تخصيص التدخلات والقياسات المنهجية لآثار التدخل. وهي لا تتمتع بالصدق الخارجي أو الداخلي. وعلى الرغم من أن دراسة الحالة يمكن أن تجرى لإثبات الفروض أيضا، إلا أنه في البحث العلاجي النفسي والممارسة لانجد سوى عروض بمعنى تعميم للفرضيات (Hilliard, 1993). وبالانسجام مع هذا فإن هذه الطريقة الاستكشافية المعرفية heuristic-epistemological [1] وفق غراوه (1988ب) مفيدة إذا كان الهدف هو الفهم الأفضل لما يحدث في العلاج النفسي بالضبط. ويبرر تورنغيت (Torngate,1986, P.75-76) ما يشبه ذلك بقوله: "من أجل اكتشاف ما الذي يفعله الناس بشكل عام علينا أولا أن نكتشف ما الذي يفعله الشخص بشكل خاص، ومن ثم نقرر أي من هذه المفردات له خصائص مشتركة. [...] القوانين التشريعية تكذب عند تشابكها مع القوانين الفردية؛ ولا يمكن اكتشاف المولد (المؤثر في التكوين) إلا بعد أن بعد نجد الأخير.

To find out what people do in general, we must first discover what each person does in particular, then determine what, if anything, these particulars have in common.[…] Nomothetic laws lie at the intersection of idiographic laws; the former can be discovered only after we find the latter."

ونحو هذا الهدف يطمح جوتيمان (Juettemann,1981,1990) عبر القضايا الفردية المقارنة comparative Casuistic ، الذي يعرض تباين نموذجه التشخيصي حسب فهمه بناء على ارتباطه الوثيق بالإجراء التشخيصي الفردي بشكل خاص كشكل من ضبط

---

(1) Epistemology Heuristic: نظرية المعرفة، الموجهة أو المساعدة على الكشف، الإرشادي.

الممارسة. وتتألف طريقة القضايا الفردية المقارنة من التفحص المقارن كيفيا qualitative لحالات فردية متشابهة بدرجة عالية وتساعد في تعميم الفروض المهمة وظيفيا الممكنة التي تصبح واضحة كتطابق بين الحالات. وهذه الإستراتيجية "التحضيرية النظرية" يمكن اعتبارها كمحاولة دعم لإستراتيجية بحث تشريعية-فردية (عمومية-فردية).

ومن الناحية الطرائقية البحثية يتعلق الأمر هنا بمبدأ المجموعة الصغيرة، يتحقق من خلال "الطريق الجانبي" للفحص الكيفي للحالة الفردية. وفي سياق استخدام ضبط الممارسة العلاجية النفسية-الإكلينيكية لابد من أن يصبح بهذا سياق تأثير إجراءات علاجية محددة ونشوء تأثيرات محددة للتدخل العلاجي ونشوء التأثيرات التفريقية للعلاج بعد هذا post hoc قابلا للتوضيح من خلال الوصف النظري لنمط البيانات الملاحظ. وهنا يعزو جوتيمان (1990) لسبر البيانات الاسترجاعية وللتحضير الكيفي للمادة البيوغرافية أهمية خاصة. وبهذا تشكل هذه الإستراتيجية المكان القريب بين العرض الكمي للحالة والتحليل الكيفي للحالة.

وفي دراسات أحدث للحالة تلازم البيانات الكمية وصوفات الحالة النوعية وبالعكس. وعليه يتم اختيار الحالات التي ينبغي وصفها نوعيا qualitative وفق محكات كمية (نتائج الاختبار على سبيل المثال). ومن الأمثلة على دراسات الحالة الفردية الكيفية المستخلصة كميا quantitatively informed qualitative case studies (Hilhard, 1993) هناك على سبيل المثال أعمال (Strupp, 1980a,1980b,1980c,1980d; Strupp, Schachty, Henry & Binder, 1992) وقارن أيضا الأمثلة لدى (Krampen, 2001; Meinlschmidt & Krampen,2003). وبالعكس تقوم التحليلات النوعية للحالة الفردية المستخلصة كميا quantitatively informed single Case qualitative analyses على قرارات اختيار نوعية (كيفية)، كما هو الحال على سبيل المثال في دراسات بيرن للعلاج المقارن لغراوه (1992). إلا أنه لا توجد بعد أفكار منهجية حول توليف التقنية الكيفية مع البيانات الكمية (Hulliard,1993) .

4.2 تحليل الحالة الفردية

يقوم التحليل الكيفي للحالة الفردية على الملاحظة المنهجية لتدخل مخصص. إلا أنه لا يتم تقويم تأثيرات التدخلات وفق برنامج تجربة منهجي. فالإجراء ينبغي أن يكون مصمما سواء بشكل توكيدي confirmatory أم بشكل استقصائي explorative (Hulliard, 1993). وتشكل عروض الحالات التي ينبغي تصنيفها ضمن هذه الفئات مساحة واسعة. فهي تمتد من المساهمات القائمة بشكل غالب على الشكل الوصفي مع إعطاء القليل من التفاصيل الكمية (غالبا قيم اختبارات قبلي وبعدي) وصولا إلى عروض حالات شاملة لفترات قياس كثيرة بوساطة تحليلات مجموعات زمنية وتحليلات متتالية sequence ومنحنيات نمو.

وفي إطار البحث العلاجي النفسي نشير كمثال إلى عمل لوتز (Lutz, 2003). فبمساعدة تحليلات النمو عرض مجريات علاجية نفسية فردية قائمة على سمات بدئية للمرضى (على سبيل المثال إزمانية المشكلة، الخبرة العلاجية السابقة، ثقة المريض بنجاح العلاج، قيم التضرر من وجهة نظر المعالج) ومعلومات عملية Process information بهدف الحصول على قرارات دلائل انتقائية وتكيفية selective and adaptive Indication decides وجعل هذه قابلة للاستخدام كقواعد قرار وعمل للممارسة الإكلينيكية.

ويتصدر في توثيق مجريات الحالة الفردية في الممارسة العلاجية النفسية العملية العروض التحليلية للحالة الفردية. وهي ضرورية لأسباب قانونية وأخلاقية وعلمية ومهنية (Baumann & Uehlein, 1994) وتشكل عنصرا أساسيا ضامنا للجودة في الممارسة العلاجية النفسية. إلا أنه مازالت لا توجد (بعد) بشكل عام تعليمات ملزمة لبنيتها ومضمونها. وقد قدم لايرايتر وفوغل (1998) عرضا لمنظومات التوثيق الموجودة في العلاج النفسي المركزي والخارجي وفي الرعاية الطبية النفسية والاجتماعية النفسية. وتشترك هذه المنظومات التوثيقية بالعناصر البنيوية لبداية المعالجة ومجراها ونهايتها، والتي تتضمن أشكالا مضمونية أخرى حسب الأسلوب العلاجي. ففي حين يحتل

التوثيق الأساسي الأولوية في الأساليب القديمة تركز أساليب أحدث بشكل أكبر على توثيق المجرى ومن ثم تقترب من مطالب التقويم المناسب للعملية حسب غراوه (1988ب)؛ ريشتر (1994).

وتمثل منظومة التوثيق العامة للعلاج النفسي (اختصار Psychodoc) (Laireiter, Lettner & Baumann, 1988) مثالا لهذا الجيل الجديد. وتهدف هذه الطريقة المعيرة جزئيا (اختبار ورقة وقلم) إلى توثيق أساسي وتوثيق للمجرى غير متعلق بالمدارس وميدان العمل والسن. ويشمل التوثيق الأساسي بيانات شخصية وطلب الموعد والسيرة الذاتية الاجتماعية والتاريخ حياتية والقائمة على الاضطراب وحول ومجرى العلاج وحول التتبع. أما عناصر توثيق المجرى فتشمل على استبيانات الجلسات للمرضى واستبيانات تقويم الجلسة واستبيانات تقويم العملية واستبيان تقويم المجرى. ويتم تطبيق الأدوات من قبل المريض والمعالج النفسي. ولا بد من التأكيد على التصميم التعديلي للتوثيق الأساسي الذي يتيح التنفيذ الخاص بالحالة والاقتصادي.

كما أنه من الجدير بالذكر في هذا السياق تحليل التشكيلة figuration analyses لغراوه وبالتنسبيرغر (Grawe & Baltensperger, 1988)، وهي طريقة مدعومة بالكمبيوتر لتقويم عملية ونتيجة العلاج النفسي تتيح تقويم مقارنة التأثيرات العلاجية الفردية على خلفية مجموعات مقارنة مهمة. ومن ثم فإن هذه الطريقة تربط التحليلات الإحصائية الجمعية مع تحليل الحالة الفردية. ويمكن استخدام منظومة التوثيق في الأقسام العلاجية المركزية والخارجية والرعاية النفسية الاجتماعية.

4.3 تجربة الحالة الفردية

التجربة المضبوطة للحالة الفردية هي عبارة عن "طريقة مخططة وقابلة للاستعادة يمكن فيها من خلال التغيير المنهجي للمتغيرة المستقلة (التدخل) وتثبيت العوامل الأخرى تسجيل (ملاحظة) التعديلات في المتغيرات التابعة في المجرى الزمني من

خلال فترات قياس كثيرة" (Fichter,1989, P.61) - وهي تشكل ندرة في البحث العلاجي الناطق بالألمانية (Kern, 1997; Prest & Baumann, 1999). وبما أن الأمر يتعلق في تجربة الحالة الفردية بتصوير التعديل في المجرى الزمني، فإن تعريف الفترات الزمنية المختلفة في متصل زمني محدد يحتل الأولوية.

أما أعمدة انتقاء تصميم (مخطط) الدراسة (Petermann,1996) فهي:

1- عدد المراحل المختلفة في فترة الدراسة،

2- عدد القياسات للأشخاص المختلفين في الوقت نفسه،

3- تسلسل الإعادات (التكرارات) لهذه المراحل،

4- عدد المتغيرات التي ينبغي قياسها في كل مرحلة،

5- اختيار المتغيرات الأساسية - السلوك أم الشخص، أم الموقف)

6- وفي دراسات التأثير تغيرات المطالب مع الوقت.

وحسب توليف هذه المظاهر تظهر تصميمات مختلفة تقسم إلى مجموعات: برامج تجربة- ("أ" و "ب")، برامج تجربة بنسب أساسية متعددة للأشخاص أم للسلوك أم للمواقف أم لها كلها، برامج تجربة بمحكات متغيرة وبرامج تجربة بتعاقب متغير (قارن حول ذلك Fichter,1989; Kern, 1997; Petermann,1996).

والشرط الأساسي لبرهان الصدق الداخلي لتجارب الحالة الفردية هو أن يؤثر العلاج بشكل مباشر وأن تكون تأثيرات التدخل (على سبيل المثال في برامج التجربة أ-ب-أ-ب) قابلة للعكس ولا تظهر تأثيرات نقل transfer affects في التصميمات ذات النسب الأساسية المتعددة multiple basic rate، ولا تختلط تأثيرات التدخل مع نتائج السلاسل وأن يتم الانتباه للتأثير الممكن المتبادل لسمات الشخص وسمات التدخل. ويمكن تحقيق الحد الأقصى maximize للضبط التجريبي من خلال توليف التصميمات الأساسية المختلفة. كما تفيد هذه التصميمات التوليفية في فحص آثار التعميم، ونجد مثالا حول ذلك لدى فيشتر (1989).

ومن أجل تقويم البيانات المتتابعة فإن تحليلات السلاسل الزمنية ملائمة: وهنا تعد السلسلة الزمنية دالة (وظيفة) للتعلقية الداخلية (التتابعية) وكدالة لمؤشر التصميم (التدخل، التباين المشترك). ويقدم نموذج السلسلة الزمنية الذي ينبغي ملائمته دلائل على التعلق التسلسلي ودورية Periodic العمليات المفحوصة وبهذا توضح بنيتها. ومن خلال الارتباطات عبر الوقت (الارتباطات المتصالبة) يتم استنتاج ارتباطات الفاعلية الممكنة، وبرهان فاعلية التدخل إحصائيا. ويمكن الرجوع إلى نواك (Noack,1989) للحصول على شرح لتنفيذ تحليلات السلاسل الزمنية. كما يوضح روفينسورف وفوغل (1989) إمكانات لتحليل بيانات المجرى النوعية (الكيفية).

5. خلاصة

عالج الفصل الذي عرضناه مساهمات تشخيص العملية في الممارسة المضبوطة، التي تهدف إلى تحقيق الأداء العملي المؤسس علميا. وكان الهدف المعرفي توضيح طريقة عمل modus operandi التدخلات الإكلينيكية أو التربوية. ويتضمن هذا الهدف كما أظهرنا التساؤل عن الدلائل الانتقائية والتكييفية وفعالية وفاعلية التدخلات. ومن خلال تصويرة مجرى حول عملية التوضيح التشخيصي وعملية التدخل التكييفية تم توضيح الخطوات المهمة للممارسة التطبيقية المضبوطة المفهومة بهذا الشكل. وانطلاقا من عرض الأسس النظرية الاختبارية لقياس التعديل تم في خطوة أولى عرض طرق ومساعدات لقياس التعديل المباشر وغير المباشر ومناقشة محكات لتقويم التعديلات ذات الأهمية العيادية قبل أن نتطرق للقضايا الفردية وللحالات الفردية كمتغيرات للممارسة المضبوطة. ويتوقع للطروحات أن تكون قد وضحت أن تشخيص العملية شيء أساسي sine qua non للممارسة المضبوطة التي تريد أن تفهم -بشكل مؤسس علميا-، لماذا ومع أي مريض ومن خلال من المنفذين وبأية أهداف للتدخل وتحت أية شروط وبأية طرق يمكن أن تتحقق بالشكل الأفضل. ولا يبقى إلا أن نأمل بأن يجد المطلب الذي كان قد طرحه غراوه في عام 1988 في هذا السياق "العودة إلى أبحاث الحالة الفردية في العلاج النفسي" صدى أقوى (Grawe, 1988b).

14- طرق الاستقصاء النفسي الإكلينيكي

رولف-ديتر شتيغلتس Rolf-Dieter Stieglitz

1. مدخل

حظي التشخيص النفسي الإكلينيكي في سياق العلاج النفسي منذ بضع سنوات بأهمية متزايدة، بعد أن كان مرفوضا في الماضي لأسباب متنوعة أو كان ينظر إليه نظرة أقرب للريبة. وكانت المبررات متنوعة، منها الحجج النظرية من الاتجاهات العلاجية

المختلفة (من بينها نقص صدق الأدوات)، والإكلينيكية (من بينها إعاقة العلاقة العلاجية)، ناهيك عن النقص في الأدوات الملائمة. إلا أن هذا الأمر قد تغير بشكل جوهري في هذه الأثناء، التي يمكن برهانها من خلال مجموعة من التطورات تمثلت في:

- نشر عدد كبير من الكتب التعليمية والمرجعية والدراسات حول الموضوع (قارن الفقرة 3)،
- التطوير الغزير إلى حد ما لأدوات (وبشكل خاص أساليب التقويم الذاتي) حول المجالات المختلفة من المواضيع (قارن الفقرة 5)،
- الخبرات الملموسة المتمثلة في إمكانية استغلال النتيجة عمليا بالنسبة إلى العمل العلاجي الخاص مع المرضى بالفعل (قارن الفقرة 4)،
- المطالب الخارجية (المستشفيات على سبيل المثال) بتوثيق نتائج العمل العلاجي الخاص (كلمة مفتاحية: ضمان الجودة؛ قارن Haetrter et al., 2003).

ويهدف العرض الحالي إلى تقديم لمحة عامة حول المستوى الراهن للتشخيص النفسي الإكلينيكي. ولأسباب متعلقة بالمساحة المخصصة لهذا الفصل فإنه لا يمكن تقديم عرض للأدوات المهمة كلها، بل سنحاول عرض التشخيص في هذا المجال بشكل موجز. وسنقوم في البداية بعرض إمكانات تنظيم الأدوات (الفقرة 2) والإمكانات المختلفة للانتقاء من الأدوات (الفقرة 3).

وبما أن التشخيص يمكن أن يتم من وجهات نظر مختلفة، وذلك أنه لا توجد في الغالب وجهة نظر هي "الصحيحة"وحدها، يلعب التشخيص متعدد المستويات دورا مركزيا (الفقرة 4). وسوف يركز الجزء الأساسي لهذا الفصل على العرض المنهجي للطرق التشخيصية ومجموعات الأدوات المهمة (الفقرة 5).

والفحوصات التشخيصية عادة ما تكون حساسة للتشويش، أي أنه لابد من مراعاة عدد كبير من مصادر الخطأ بغض النظر عن الطرق التشخيصية (الفقرة 6).

وبأخذ التطور المتسارع في السنوات الأخيرة بعين ا لاعتبار سوف نشير في فقرة خاصة للتطورات الراهنة (الفقرة 7). ولكن حتى وإن تم تسجيل وجود تغيرات إيجابية في السنوات الأخيرة فإنه لابد من الإشارة في الختام إلى بعض الثغرات (الفقرة 8).

2. منهجية طرق الاستقصاء النفسي الإكلينيكي

لا توجد منهجية عامة ملزمة لطرق الاستقصاء النفسي الإكلينيكي. فغالبا ما يوجد تفريق وفق ما يسمى مجموعات الأساليب (على سبيل المثال Stieglitz et al., 2001). وهناك إمكانات أخرى تقوم على المسائل التي نهتم بها (الشخصية على سبيل المثال). وسوف نقوم في الفقرة (4) بانتقاء توليف من كلتا المنهجيتين في التنظيم ونعرض للطرق التالية من الاستقصاء: أساليب التقويم الذاتي وأساليب تقويم الآخر وأساليب المقابلة واختبارات الإنجاز واختبارات الشخصية وطرق ملاحظة السلوك والطرق الفيزيونفسية. وهناك إمكانات أخرى للتنظيم لن نتعرض لها هنا، إلا أننا سنشير إلى إمكانيتين مهمتين بالنسبة إلى العلاج النفسي، تم عرضهما في جدول (1). فمن المهم بالنسبة إلى العلاج النفسي أن نعرف بدقة أين يقع محرق أداة تشخيصية ما. وهنا علينا التمييز بين بعدين أساسيين اثنين:

- هل يتعلق الأمر بأداة يمكن استخدامها في مجموعة محددة من الاضطرابات أم فيها كلها؟ (بعد "التمحور حول الاضطراب" "Dimension "Disease Centered)
- هل يتعلق الأمر بأداة تقوم بشكل مباشر على الطريقة العلاجية المستخدمة؟ (بعد "التمحور حول العلاج" Dimension "Therapy Centered")

فإذا ما أخذنا بعين الاعتبار العدد الكبير من الأدوات الموجودة فلسوف نستنتج أنه على الرغم من أن غالبية الأدوات تتمحور حول الاضطراب إلا أنها نادرا ما تتمحور حول العلاج.

جدول (1): التفريق بين الأدوات التشخيصية استنادا إلى بعدي «التمركز حول الاضطراب» «التمركز حول العلاج»

(معلومات أكثر حول الأدوات في Stiegltz et al., 2001)

		متمركزة حول العلاج	
		نعم	لا
متمركزة حول الاضطراب	نعم	مقياس الاتجاهات المختلة (المعطوبة) لهاوتسنغر ومجموعته	مقياس هاملتون للاكتئاب (HAMD) لهاملتون
	لا	مقياس تعديل الخبرة والسلوك لتسيلكهوكويف- مينرت)	قائمة الشكاوى لتسيرسن

وهناك إمكانية أخرى من التنظيم يمثلها المجرى الزمني Time process ، أي ما هو البناء (على أي من الأبنية؟)، ما هي المرحلة الزمنية (في أي مرحلة زمنية؟) يمكن فيها استخدام أداة معينة (أي أداة؟)(قارن الفصل 13 في هذا الكتاب). وقد تم في الجدول (2) عرض هذا.

ومنه يمكن الاستنتاج أنه يمكن من خلال أدوات معينة قياس حالات نفسية متقلبة بشدة ضمن وقت قصير نسبيا (كالمزاج والحال على سبيل المثال)، بينما تكون حالات أخرى أقرب للتغير عبر فترات زمنية أكبر. ومن هنا لابد في كل مرة عند اتخاذ القرارات من مراعاة متى يمكن استخدام أداة معينة وكم مرة، أي في أية فواصل زمنية. وعليه فليس من المفيد كثيرا على سبيل المثال استخدام أداة لقياس الحالة في تقويم العلاج. إلا أن هذا النوع من المقاييس يمكن أن يكون مفيدا لتوثيق التغيرات قصيرة الأمد في المجرى العلاجي (بعد وقت قصير من إجراء تدخل علاجي سلوكي على سبيل المثال).

جدول (2): منهجية الأدوات استنادا بعد "الوقت"

(معلومات أكثر حول الأدوات في (Stiegltz et al., 2001)

مدى الوقت	البناءات	الأدوات (أمثلة)
ثوان، دقائق	الحالات	مقياس الحالة
ساعات، أيام	الأمزجة	مقياس المزاج
أيام، أسبوع	المتلازمات النفسية المرضية (المتلازمة الاكتئابية على سبيل المثال)	قائمة الأعراض (SCL-90-R) أو منظومة AMDP [1]
أسابيع، أشهر	المتلازمات النفسية المرضية (المتلازمة السلبية للفصام على سبيل المثال)	مقياس المتلازمات الإيجابية والسلبية Positive and Negative Syndromes - Scale (PANSS)
سنوات	مظاهر الشخصية (بما في ذلك الشخصية المتبلورة[2] accentually Personality ، اضطرابات الشخصية)	مقياس فرايبورغ للشخصية (أو مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية) أو الفحص العالمي لاضطرابات الشخصية international Personality Disorder Examination (IPDE)

(1) هي منظومة للقياس المعير وتوثيق النتائج العلاجية تستخدم على نطاق عالمي. تم تطوير منظومة AMDP من قبل مجموعة عمل الطرائق والتوثيق في الطب النفسي Workgroup for Methodology and Documentation in Psychiatryبداية من أطباء من سويرا وألمانيا في عام 1962، وبعد ذلك بوقت قصير انضمت لها مجموعة من النمسا. وحتى عام 1989 كان اسم الجمعية مرتبطا بمنظومة AMDP، إلا أنه ومن أجل تقديم غطاء للمسائل الطرائقية في الطب النفسي تم تأسيس جمعية الطرائق والتوثيق في الطب النفسي Association for Methodology and Documentation in Psychiatry حيث أصبحت مجموعة عمل الطرائق والتوثيق مجموعة من عدد من المجموعات ضمن الجمعية، ويتعاون فيها عدد من الأطباء في عدد من الدول الأوروبية المختلفة لتطوير منظومة متقدمة من AMDP-System، صدر دليلها في طبعته الثامنة في عام 2007. ويتكون AMDP من مجموعة مسارد للأعراض النفسية المرضية وعدد من مقاييس التقدير (نتيجة الفحص الطبي النفسي، النتيجة الأعراضية، تاريخ المرض)، وتهدف هذه المسارد إلى القياس المعير للفحص. يضاف إلى ذلك يوجد مرشد لقياس الفحص النفسي المرضي وعدد من الأجزاء لاستخدام المنظومة في الممارسة الإكلينيكية والبحث. وتقوم الجمعية بعمل سيمنارات للتدريب على استخدام منظوماتها.

(2) السمات أو الخصائص الشخصية البارزة، المتبلورة.

3. انتقاء الأدوات التشخيصية

نظرا للتنوع الكبير الذي يكاد لا يحصى من الأدوات فقد أصبح من الصعب على المستخدم اتخاذ القرار حول أي من الأدوات التي ينبغي عليه أو يستطيع استخدامها، ومن هنا فسوف نقوم فيما يلي بتقديم عرض مختصر للإجراءات الأساسية الممكنة:

هدف التقييم

يفترض للسؤال حول هدف التقييم assessment goal أن يمثل دائما نقطة الانطلاق:

- أي من الأدوات يمكن استخدامها؟ (ما هي الأداة القابلة للاستخدام؟)،
- في أية مرحلة من مراحل العلاج يمكن استخدامها؟ وما هو نوع المعلومات التشخيصية المرجوة (أي معلومات تشخيصية؟) ومع أي من المرضى (من هو المريض الذي يمكن استخدام الأداة معه؟) (قارن Stieglitz, 2008). وكما يمكننا الاستنتاج من جدول (3)، يمكن أن تكون هذه الأدوات مختلفة جدا. وتتوفر في الوقت الراهن أدوات سيكومترية لكل الأهداف التقييمة تقريبا.

وعند وجود وضوح كاف فيما يتعلق بهذا فإنه يوجد بالنسبة إلى المستخدم عدد من المساعدات المفيدة في الانتقاء. وقد تم في جدول (4) عرض ووصف لعدد من الكتب الصادرة في السنوات الأخيرة في اللغة الألمانية. يضاف إلى ذلك توجد في بعض المجلات ذات التوجه التشخيصي أو الإكلينيكي المتخصصة أعمده مخصصة لعرض الأدوات الجديدة (ديأغنوستيكا Diagnostica، مجلة علم النفس التفريقي والتشخيصي، مجلة علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي).

فإذا ما قام المرء بصياغة هدف للتقويم يقوم على الاضطراب، فهناك اقتراحات لاستخدام الأدوات التشخيصية، والتي أنتت في الغالب نتيجة لمؤتمرات الخبراء أو الإجماع Experts- or Consensus conferences. وعلى هذا النحو قدم كل من ستروب وهوروفيتسو لامبيرت (1997) نصائح متمحورة حول الاضطراب للبحث العلاجي النفسي

جدول (3): أهداف التقييم واستراتيجياته في التشخيص النفسي الإكلينيكي (أمثلة)

هدف التقييم	المسألة	الإجراء التشخيصي (أمثلة)
الغربلة والانتقاء	هل يعاني شخص محدد من مشكلة؟ هل من اللازم إجراء تشخيص أكثر تفصيلا؟	مقاييس غربلة Screening-Scales
طرح الدلائل (الاستطباب)	هل تحتاج مشكلة معينة للعلاج؟	تحديد شدة المتلازمة الاكتئابية بوساطة مقياس تقدير
التصنيف	هل يمكن ترتيب مريض ما ضمن مجموعة نوعية من الاضطرابات؟	المقابلة التشخيصية وفق الآي سي دي
تعريف المشكلة، وصف المشكلة، تحليل المشكلة	كيف يمكن وصف (تخصيص) السلوك المشكل؟ أي نوع هو هذا السلوك؟	قياس الاستعرافات الاكتئابية بوساطة استبيان
انتقاء السلوك الهدف/ الأهداف العلاجية	ما هي الأهداف العلاجية الفردية التي يفترض تحقيقها؟	قياس تحقيق الهدف Goal Attainment Scaling
تقييم مجرى العلاج	هل تحصل تغيرات في الأعراض في مجرى العلاج؟	إعادة قياس الأعراض الاكتئابية
تقييم نجاح العلاج	ما هي التعديلات العامة والخاصة التي تم تحقيقها؟	أدوات قائمة على الاضطراب كمقاييس التقدير الذاتي وتقدير الآخر

جدول (4): عرض لأدوات الفحص التشخيصي الإكلينيكي (في تسلسل زمني)

المؤلف	الصفة
Westhoff (1993)	وفق المجالات المضمونية (من بينها، أعراضي، طبي نفسي، اجتماعي) عرض منهجي لحوالي 300 أداة.
Biefang et al. (1999)	عرض منهجي لأدوات على المستوى الجسدي والنفسي لتقييم الحالة والمجرى في إعادة التأهيل.
Stieglitz et al. (2001)	أدوات عابرة للاضطراب وأدوات خاصة بالاضطراب، الأخيرة قائمة على أساس الآي سي دي العاشر.
Braehler et al. (2002)	أدوات للاستخدام في العلاج النفسي، عرض للأدوات وفق تصويرة موحدة
Schumacher et al. (2003)	أدوات لقياس نوعية الحياة، عرض للأدوات وفق تصويرة موحدة.
Hoyer & Maragraf (2003)	أدوات لقياس اضطرابات القلق وفق الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر.
Klann et al. (2003)	أدوات للتشخيص الزواجي والزوجي والأسري وأدوات أخرى مهمة في هذا المجال؛ عرض للأدوات وفق تصويرة موحدة؛ طبع الأدوات.
Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum-CIPS (2005)	أدوات للاستخدام في الطب النفسي؛ والعلاج الدوائي؛ طبع الأدوات
Strauss & Schumacher (2005)	مقابلات ومقاييس تقدير في الطب النفسي والعلاج النفسي والسيكوسوماتيك.

كنتيجة لحلقة الخبراء. وقد تم بشكل خاص تقديم أطروحات بنيوية حول بطارية اختبارات عامة، حيث يفترض لها أن تتضمن المجالات التالية: الأعراض والمجال البين شخصي، ومفاهيم الذات، وسمات الشخصية، والقدرات، والمواجهة Coping والرضا عن الحياة والأحداث الحياتية الحرجة والدعم الاجتماعي...الخ. بالإضافة إلى ذلك تم التطرق لأهم أدوات الفحص لصور منتقاة من الاضطرابات، ولكن من دون تقديم نصائح حول بطاريات ملزمة للاختبارات.

التوجه النظري

كما يلعب التوجه النظري العلاجي الخاص دورا مهما في انتقاء الأدوات (قارن القسم II من هذا الكتاب وكذلك لايرايتر، 2000). ويمتد التوجه النظري العلاجي من الشك المبدئي مرورا برفض استخدام الأدوات التشخيصية وانتهاء باختيار الأدوات التي تمتلك ارتباطا (وثيقا) بالاتجاه العلاجي الخاص. إلا أنه لابد بشكل عام من التأكيد على أن عدد الأدوات التي تستند بشكل وثيق على نظرية علاجية قليل بالمقارنة مع الأدوات الأخرى (قارن أعلاه). ويتحدث باومانوشتيغلتس (2003، ص 243) عن انتقاء مسترشد بالنظرية لأداة ما، "عندما تكون بناءات الأدوات التشخيصية متجذرة في نظرية ما، تتضمن إطار العمل الكلي. فعندما يتم على سبيل المثال استخدام مقياس الاتجاهات المعطوبة لبيك Beck Dysfunctional Attitude Scale في علاج استعرافي سلوكي فإننا نغرس التشخيص في نظرية التدخل، بحيث أن الأمر يتعلق بتشخيص قائم على النظرية".

وبشكل عام وعلى سبيل الاستثناء فإننا نشير هنا إلى العدد الكبير من الأدوات المنبثقة عن نظرية بيك، إلا أنه توجد في هذه الأثناء تطورات من هذا النوع في المجالات الأخرى، ونؤكد بشكل خاص هنا على مساعي مجموعة عمل التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي في المحيط الناطق بالألمانية الهادفة إلى التحديد الإجرائي للبناءات النفسية الديناميكية، والذي يقترح المحاور الخمسة؛ خبرة المرض وشروط العلاج والعلاقة والصراع والبنية والتشخيص وفق الآي سي دي العاشر الفصل الخامس، في إطار منظومة متعددة المحاور.

الجودة السيكومترية

من المفترض دائما أن تتصدر الجودة السيكومترية لأية أداة النقطتين المذكورتان سابقا. وهنا تنطبق أيضا في هذه الأثناء المحكات الأساسية والفرعية التي صاغها لينرت (1969). ومن أشهرها في المحيط الناطق بالألمانية محكات الهيئة العليا للاختبارات التابعة لاتحاد روابط النفسانيين الألمان (1986). وقد تم في جدول (5) عرض مجموعات المحكات والمحكات الفرعية. وهي ليست كلها على نفس الدرجة من الأهمية، إلا أنه لابد من أخذها بعين الاعتبار.

وبالنسبة إلى العلاج النفسي فإن مسألة استخدام الأدوات لقياس التعديلات مهمة جدا بشكل خاص. ومن المؤكد أن الحساسية للتعديل هي واحدة من المشكلات الأساسية للأدوات، إذ أن هذه المشكلة لا تمثل موضوعا صريحا أبدا عند تطوير الاختبار. وغالبا ما يتم الانطلاق من أن البناء الذي يفترض المرء عنه أنه يتغير من خلال التدخل العلاجي على سبيل المثال، هو ثابت أيضا ويقدم قياسات صادقة عبر الأدوات التي تقوم عليه.

المحكات العملية (الذرائعية)

ما زالت الاعتبارات العملية (الذرائعية) هي السائدة إلى حد ما في اختيار الأدوات، على الرغم من الإشكالية المنبثقة عن ذلك. وتمتد هذه الاعتبارات من توفر الأدوات والمعرفة والخبرة باختبار معين وتنتهي بتكرار استخدام اختبار معين. وما زال هذا الأمر حتى اليوم وبشكل خاص في مجال البحث يلعب دورا ليس قليلا، وهو ما أطلق عليه شتيغلتسوباومان الانتقاء التقني. وعليه يتم استخدام مقياس هاملتون للاكتئاب على سبيل المثال في جميع دراسات الاكتئاب تقريبا على الرغم من العيوب السيكومترية المعروفة بصورة كافية (من بينها غياب الأحادية البعدية) بحجة أنه برهن صلاحيته عند المقارنة مع نتائج دراسات أخرى.

جدول (5): محكات تقييم الاختبار "الهيئة العليا التابعة لاتحاد روابط النفسانيين الألمان (1986، ص 358-360)

1. أساس الاختبار
- 1.1 تحديد الهدف التشخيصي
- 1.2 الأسس النظرية
- 1.3 وضوح تصميم الاختبار

2. إجراء الاختبار
- 2.1 موضوعية التطبيق
- 2.2 الشفافية
- 2.3 المقبولية (عدم التعجيز أو الإساءة)
- 2.4 القابلية للتزوير
- 2.5 الحساسية أو القابلية للتشويش

3. فائدة الاختبار
- 3.1 موضوعية التقييم
- 3.2 الثبات (الموثوقية)
- 3.3 الصدق
- 3.4 التعيير
- 3.5 السعة (المساحة التي يغطيها الاختبار)
- 3.6 سعة المعلومات
- 3.7 الحساسية للتعديل

4. تقويم الاختبار
- 4.1 الاقتصاد
- 4.2 العدل
- 4.3 التقبل
- 4.4 القابلية للمقارنة
- 4.5 الصلاحية (الثقة)

4. التشخيص متعدد المستويات

يمثل مبدأ ما يسمى بالتشخيص متعدد المستويات (مرادفات: تعددية الأبعاد، التشخيص متعدد المظاهر) أحد الافتراضات الأساسية المركزية للتشخيص النفسي الإكلينيكي، أي الوصف التفريقي والمتعدد الأبعاد لاضطرابات النفسية من زوايا متعددة. وينبغي التمييز بين الفئات التالية: مستويات البيانات (الفئات الأساسية للسمات العضوية)، مصادر البيانات (مقدم المعلومات)، أدوات الفحص والبناءات/ مجالات الوظائف (وحدات داخل مستويات البيانات المنفردة أو عبر مستويات البيانات المنفردة).

مستويات البيانات

لقياس الخبرة الإنسانية والسلوك غالبا ما يتم التمييز بين المستويات التالية من البيانات (قارن Baumann & Stiegliz, 2001; Stieglitz,2003):

- المستوى البيولوجي (الجسدي، الفيزيائي): غالبا ما يقسم إلى المستوى البيوكيميائي، الفيزيوعصبي، الفيزيونفسي؛ فتتصدر هنا العمليات الجسدية القابلة للقياس الفيزيائي أو الكيميائي.
- المستوى النفسي أو العلمنفسي: وتتصدر هنا الخبرة والسلوك الفرديين، كما ينتمي الأداء (الإنجاز) إلى هذا المستوى أيضا.
- المستوى الاجتماعي: ويركز على المنظومات البين فردية والظروف الاجتماعية المحيطة.
- المستوى البيئي: ويتضمن الظروف المادية.

وتتوفر أدوات فحص مختلفة لكل مستوى منفرد من البيانات (قارن الفقرة التالية)، أما فيما يتعلق بالمستوى البيئي فلا تتوفر حتى الآن أية أدوات مدروسة بالمقارنة مع الاختبارات النفسية.

جدول (6): التشخيص متعدد الأبعاد من خلال مثال حول اضطرابات القلق

مستوى البيانات • بيولوجية • نفسية • اجتماعية	 التغيرات الفيزيونفسية الضرر في وظائف نفسية مختلفة (الانفعال على سبيل المثال) الشبكة الاجتماعية، الدعم الاجتماعي
مصدر البيانات	أدوات التقويم الذاتي، تسجيل السلوك
البناءات/ مجالات الوظائف • مستوى البيانات النفسية	 الوجدان، الدافع، الإنجاز، الشخصية
أدوات الفحص	مقاييس تقدير، مقابلات تشخيصية، اختبارات إنجاز، ملاحظات السلوك، اختبارات أدائية

مصادر البيانات

إلى جانب مستوى البيانات هناك أيضا مصادر البيانات، حيث يتم التمييز وفق مقدم البيانات بين:

- الشخص المسؤول نفسه، الذي يقوم بملاحظة نفسه في التقويم الذاتي (فيما يتعلق بالمزاج على سبيل المثال) أو بالتسجيل الذاتي للسلوك (عدد نوبات الهلع أو عدد السجائر المدخنة على سبيل المثال).
- أشخاص آخرون (مقيم مدرب، الممرضين، المعالجين، الأطر المرجعية...الخ)، تؤدي ملاحظتهم إلى تقويم الآخر أو الحكم على السلوك. كما أن البيانات التي تسجلها المؤسسات (عدد أيام الإقامة في المستشفى على سبيل المثال) هي بيانات مسجلة من أشخاص آخرين، وبهذا فيمكن تصنيفها ضمن الملاحظات الخارجية.
- وتقدم الاختبارات الأدواتية واختبارات الإنجاز وتشخيص الذكاء (بوساطة

الورقة والقلم أو الكمبيوتر) قيم حول الوظائف والإنجاز التي ينتجها الشخص الهدف. ويتم اليوم القياس لكثير من هذه بوساطة الكمبيوتر (فيما يتعلق بتمثيل المهام وتسجيل البيانات وإعدادها وتقويمها). وضمن الاختبارات الأدائية تقع كذلك الطرق الفيزيولوجية أيضا كتخطيط القلب والدماغ...الخ (قارن الفقرة التالية).

ويقدم الجدول (6) عرضا لإجراء متعدد الأبعاد يوضح النقاط المذكورة من خلال مثال حول اضطرابات القلق.

أداة الفحص

تحتل العلاقة بين أدوات تقويم الذات مقابل تقويم الآخر أهمية مركزية في التشخيص النفسي الإكلينيكي بشكل خاص، ذلك أنها تستخدم (على شكل ما يسمى بمقاييس التقدير) على نطاق واسع (قارن الفقرة 5). وعند اختبار العلاقة بين كلا المصدرين من البيانات لابد من مراعاة أن أدوات تقويم الذات وأدوات تقويم الآخر لا تمثلان كما يناقض أو يتعارض كل منهما مع الآخر بالفعل، ذلك أن تدريجات مقاييس الآخر تستند دائما (تقريبا) على مقولات ذاتية (تصريحات) ذاتية للمريض. وغالبا ما يكون الارتباط بين تقييمات الذات وتقييمات الآخر متوسطا فحسب، وفي الاختبارات المتطابقة مضمونيا بشدة لوحظت ارتباطات عالية، ولكن لم يتم تحقيق ارتباطات كاملة أبدا (Stieglitz,2000). ولا يرجع غياب التطابق الكامل إلى الدقة الناقصة في القياس فحسب، بل أنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن أدوات التقييم الذاتي وتقويم الآخر تمثل من حيث المبدأ تقييمات مختلفة ذات مجالات مختلفة من الطروحات. وهذا ناجم عن أنه يمكن من خلال ملاحظة الذات وملاحظة الآخر تقييم السمات بشكل مختلف أو أن بعض السمات لا يمكن التعرف عليها وتقييمها إلا من خلال التقويم الذاتي (كالانشغال الذهني، أو مشاعر الذنب على سبيل المثال) وبعضها الآخر من خلال تقويم الآخر فقط (اضطرابات التفكير والتفكير المتكلف أو المعقد والتفكير غير

المترابط على سبيل المثال). غير أنه غالبا ما تنجم الفروق بين الأدوات لوحدها من خلال أنه مع كل اختبار يتم قياس مظاهر أخرى، متداخلة إلى حد ما للمتلازمة المقصودة. وعليه فقد برهن شتيغلتس (2000) بالنسبة إلى مقاييس تقدير الذات والآخر لقياس المتلازمة الاكتئابية بأن التركيز المضموني للأدوات المنفردة مختلف بشكل واضح إلى حد ما (مثال: مقياس هاملتون: يركز على الأعراض الجسدية، مقياس بيك، يركز على الأعراض الاستعرافية). ومن هنا ينصح أيضا قبل استخدام أداة معينة الانتباه بدقة كبيرة للمضامين المقاسة. ومن هنا لا يوجد أي من المجموعتين من الأدوات يمكن اعتباره أكثر صحة أو موضوعية من الأخرى. فلكلاهما الأهمية ذاتها باعتبارهما يكملان بعضهما ومن هنا يفترض النظر إليهما بشكل تكاملي. وهذا يعني بالنسبة إلى الممارسة العملية استخدام كلتا المجموعتين إن كان ذلك ممكنا.

وتعددية الأبعاد عبارة عن مفهوم جامع لا يقوم بتحديد اختيار أدوات الفحص في التفاصيل. فعند اختيار الأدوات توجد إلى جانب محكات الصلاحية (قارن الفقرة 3)، هناك التحديد الدقيق لهدف التقييم (قارن أعلاه) والمعرفة حول ما هي الطريقة أو الأداة التي تحقق هذا الهدف بالشكل الأمثل. يضاف إلى ذلك لابد من الأخذ بعين الاعتبار بأنه ينبغي منح الأولوية مرة لهذه المجموعة من الأدوات ومرة أخرى لتلك المجموعة في مجموعات محددة من الاضطرابات (فتستخدم أدوات تقويم الآخر في الاضطرابات الفصامية، وأدوات التقويم الذاتي في اضطرابات القلق؛ قارن الفقرة 5 أيضا).

ويمكن للإجراء متعدد الأبعاد أن يقود كذلك إلى مشكلات في التفسير (Baumann & Stieglitz, 2001). إذ قد يتطابق عدد من أشكال البيانات (مستوى البيانات، مصادر البيانات، طرق الفحص) في كل زمن للقياس أو في المجرى أو لا يتطابق:

- درجة التطابق في زمن الفحص: انسجام البيانات أو عدم انسجامها Concordance or Discordance ؛

- درجة التطابق في أوقات قياس مختلفة: تزامن أو عدم تزامن البيانات Synchronization or Dissynchronization (منحنيات المجرى على سبيل المثال).

وعلى الرغم من أننا تناولنا مشكلة الانسجام أعلاه بشكل عرضاني فسوف نشير هنا أيضا إلى النقص الممكن للانسجام في المجرى الزمني:

- من الظواهر التي تكثر ملاحظتها ظاهرة غياب الانسجام بين تقويم الذات والآخر وبشكل خاص قبل بداية العلاج. وهناك عدد من العوامل المسؤولة عن ذلك. وعليه يمكن للمرء بين الحين والآخر ملاحظة مرضى الاكتئاب الشديد هم أقرب لأن يلاحظوا التغيرات (غالبا على المستوى السلوكي) بصورة متأخرة عما يلاحظه الملاحظ الخارجي.
- كما أمكن في عدد كبير من الدراسات برهان أن التقارب بين كلتا الطريقتين يتزايد في مجرى العلاج، حتى وإن كان يتم فحص مضامين مختلفة إلى حد ما.

كما يمكن للانسجام أو عدمه أن يمثل حسب باومان وشتيغلتس (2001) مواضيع حقيقية، أو ربما ارتباطات ظاهرية. فعدم الانسجام بين أشكال البيانات المختلفة يقود في مواقف اتخاذ القرار إلى صعوبات. فأي شكل (مستوى البيانات، مصادر البيانات، طريقة الفحص) هو الذي يعطي الضربة القاضية عند وجود تناقضات (تقويمات مختلفة لمجرى العلاج من خلال المعالجين والمرضى)؟ ويبدو حل المشكلات المطروحة هنا من خلال الإجراء الوحيد المتغير قليل الفائدة، إذ أنه سيتم تبسيط تعقد الظواهر المدروسة بشكل كبير. وعلى الرغم من عدم وجود حلول واضحة في هذه الإشكالية إلا أنه يمكن لطرق من نحو الانتقاء الموجه بالفرضيات وبالنظرية للأدوات أن يسهم في الحل.

5. الطرق التشخيصية

كما أشرنا في الفقرة (3) فسوف نتطرق فيما يلي بشكل أكثر تفصيلا إلى أهم المجموعات من الأدوات في التشخيص النفسي الإكلينيكي والعلاج النفسي. وسوف نقوم هنا بوضع تعريفات توضح السمات الخاصة والحسنات والسلبيات ومصادر الخطأ. كما سنسعى بشكل خاص إلى تقديم إمكانات الاستخدام من خلال أمثلة. وسوف نسترشد في تسلسل العرض بالأهمية الراهنة في الممارسة الإكلينيكية.

5.1 أدوات التقويم الذاتي

نتحدث عن أدوات التقويم الذاتي (مرادفات مقاييس التقدير الذاتي Self-rating-Scales) عندما تقع مسؤولية عملية الملاحظة والتقييم على عاتق الشخص نفسه، الذي سيتم تقييمه. وتمثل أدوات التقويم الذاتي اليوم أكبر مجموعة من حيث العدد ذلك أنها سهلة التصميم إلى حد ما. ينطبق هذا بشكل خاص على الحصول على العينات الكبيرة اللازمة لتصميم الاختبار وتعييره.

ويمكن التمييز بين أدوات التقويم الذاتي حسب كثير من الأبعاد، لعل أهمها الأبعاد الأربعة التالية:

- عابرة للاضطراب [عامة] مقابل خاصة بالاضطراب،
- قائمة على العلاج مقابل غير قائمة على العلاج،
- وحيدة مقابل متعددة الأبعاد،
- السمة مقابل الحالة.

ويعرض جدول (7 و8) لأمثلة حول الأدوات التي يكثر استخدامها فيما يتعلق ببعد العام مقابل خاص بالاضطراب، والتي تدعي بالإضافة إلى ذلك أنها قائمة على الحالة (حول مقاييس السمات قارن الفقرة 5.5). وهي إما أحادية البعد أو متعددة الأبعاد.

الجدول (7): أدوات تقويم ذاتي عابرة للاضطراب (أمثلة)

المجال	أمثلة
الإمراضية النفسية	قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) (Franke, et al. 2003)
المظاهر العلاجية النفسية • المجالات	استبيان النتيجة 45.2 Outcome Questionnaire 45.2 (OQ45.2) Lambert et al., (2002)
• الدافعية	استبيان قياس الاستعداد للتغيير (Hasler et al., 2003)
• استبيان الجلسات	استبيان الجلسات (Grawe& Braun, 1995)

وعند استخدام أدوات التقويم الذاتي لابد حسب شتيغلتس (2008) من توقع سلسلة من مصادر الخطأ، التي يفترض أن تؤخذ بعين الاعتبار وينبغي ضبطها:

- الأخطاء غير المقصودة، المرتبطة تشويهات الذاكرة على سبيل المثال،
- التزوير المتعمد (قارن الفقرة 6)،
- ميول الاستجابة response Sets كالمرغوبية الاجتماعية والميل للوسط على سبيل المثال.

وحتى لو تم التركيز في مصادر الخطأ على المرضى أو المفحوصين فإن المستخدمين للأداة يمثلون أيضا مصدرا من مصادر الخطأ، وذلك على سبيل المثال عندما:

- يطرح تشخيصا بناء على نتيجة أداة للتقدير الذاتي لوحدها،
- أو يستخدم أداة خطأ لتقويم العلاج (استبيان للشخصية أو مقياس للحالة)،
- أو يستخدم أداة في وقت خطأ (مقياس هاملتون للاكتئاب على سبيل المثال بفاصل يومين)،

الجدول (8): أدوات تقويم خاصة بالاضطراب (أمثلة)

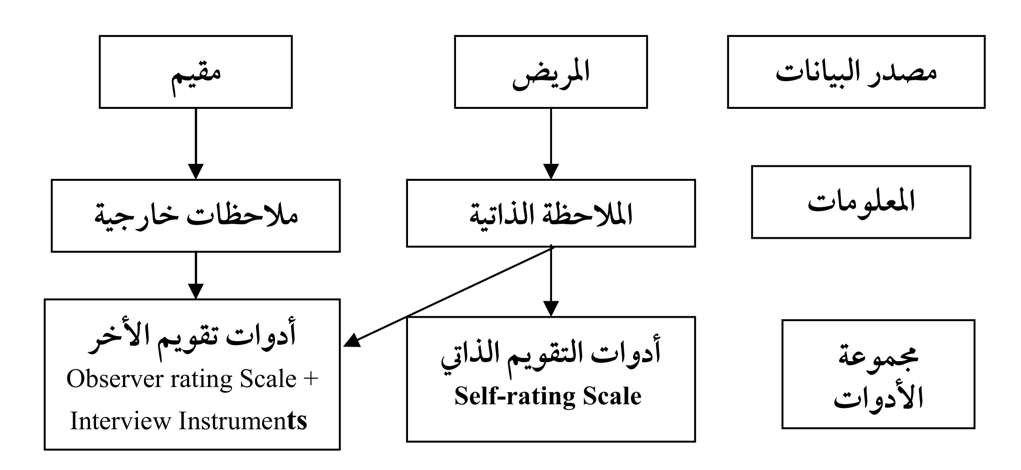
المجالات	الأداة
الفصام	استبيان فرانكفورت للشكاوى لسولفولد Suellwold
الاكتئاب	مقياس بيك للاكتئاب BDI
الهوس	مقياس التقويم الذاتي للهوس لكروغر Krueger
القلق	
• عام	مقياس بيك للقلق BAI
• الهلع	استبيان المخاوف المتمحورة على الجسد والاستعرافات والتجنب (Ehlers et al.).
• القهر	مقياس هامبورغ للقهر Zaworka et al.
• اضطراب ما بعد الصدمة	مقياس تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة Foa et al.
الاضطرابات ذات الشكل الجسدي	غربلة الاضطرابات ذات الشكل الجسدي Reif et al.
الاضطرابات التفككية	استبيان الأعراض التفككية Spitzer et al.
اضطرابات الشخصية	قائمة الشكاوى الحدودية Bohus et al,

ومن الميزات التي يمكن ذكرها بالمقارنة مع مقاييس تقدير الآخر (قارن الفقرة 5.2):

- إنها اقتصادية في الاستخدام (التطبيق، والتقييم في الغالب)،
- توجد أدوات بالنسبة إلى غالبية المجالات الإكلينيكية المهمة (وغالبا عدد منافس)،
- غالبا ما تتوفر معايير الأمر الذي يندر أن يتوفر في أدوات تقويم الآخر.

أما الحدود المتعلقة بإمكانية الاستخدام فتنبثق عن العوامل التالية:

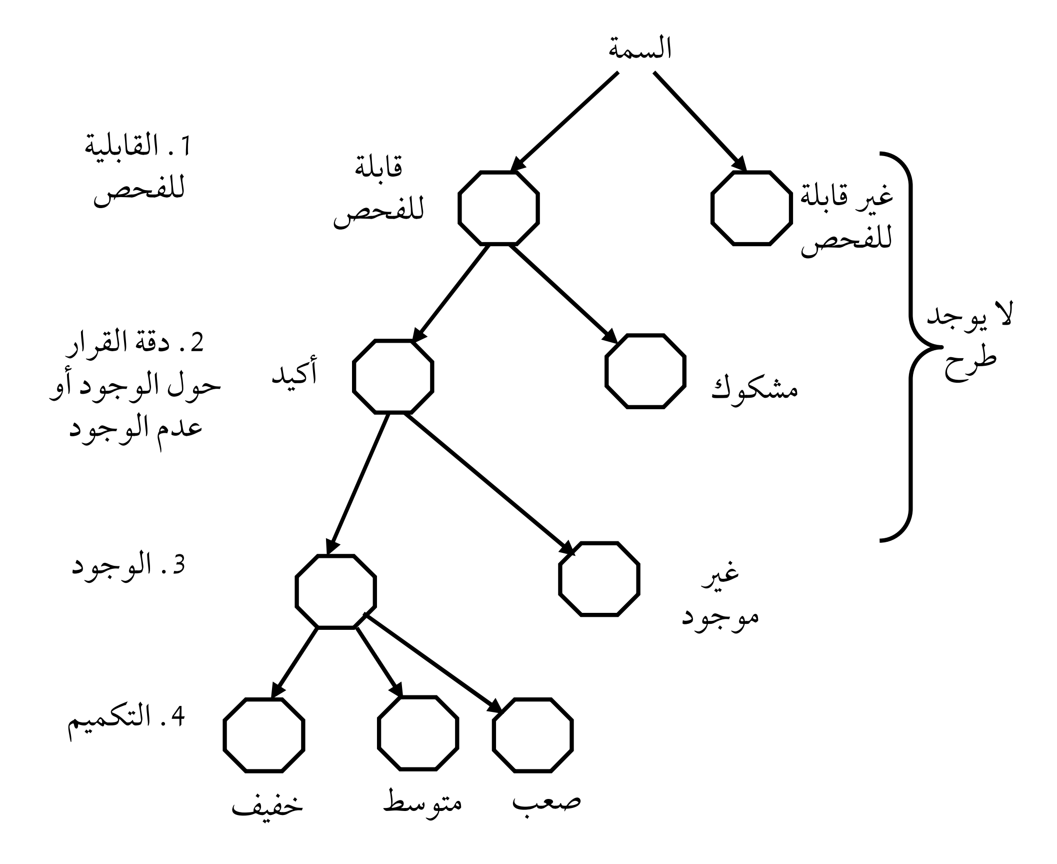
- يشترط وجود حد أدنى من الذكاء (IQ>80/90)،
- قابلية الاستخدام ممكنة حتى الدرجة متوسطة من الاضطراب
- إنها ليست مهمة بالمقدار نفسه في كل مجموعات الاضطراب أو لا يمكن استخدامها إلا ضمن شروط معينة (كاضطرابات الخرف الاضطرابات الفصامية على سبيل المثال).



شكل (1): الفروق بين أدوات التقويم الذاتي وأدوات تقويم الآخر

5.2 أدوات تقويم الآخر

يقصد بأدوات تقويم الآخر (تطلق عليها بالإنجليزية مقاييس تقدير الملاحظ Observer rating Scales ، وغالبا ما تسمى مقاييس التقدير فقط) مجموعة من الأدوات التي تقع فيها كل العملية التشخيصية على عاتق ما يسمى بالمقدر المدرب (غالبا أطباء أو نفسانيون). ويقوم حكمه على ملاحظاته الذاتية وعلى أقول المريض. وقد تم عرض هذه النقطة مرة أخرى تخطيطيا في شكل (1)، ذلك أن الأمر يتعلق بمظهر مهم، يتم تجاهله بين الحين والآخر.



شكل (2): شجرة قرار AMDP (AMDP, 2007)

وإلى جانب مراعاة مصادر البيانات المذكورة المختلفة لابد من للمقدر أو المقيم أن يقرر حول وجود العرض. غير أنه تم حتى الآن تقديم عملية متعددة المراحل، على النحو الذي تم عرضه في منظومة AMDP (منظومة القياس المعير وتوثيق النتائج العلاجية) فيما يسمى بشجرة القرار (قارن الشكل 2). فالملاحظة المتسقة لمستويات الملاحظة المنفردة تقود بداية إلى تقويمات موثوقة للظواهر المختلفة، ثم يقود التجميع بعدئذ إلى تقدير شدة متلازمة ما على سبيل المثال.

ويجعل تعقد عملية التقويم والمعرفة الضرورية في الوقت نفسه للظاهرة التي يتم تقويمها من الضروري وجود تدريب واسع في الأغلب كشرط أساسي للاستخدام المفيد لأدوات تقويم الآخر.

أما المدة فتتعلق بسعة الأداة وهي فيما يسمى بالأداة أحادية البعد أقل مما هو الأمر عليه في الأداة متعددة الأبعاد (قارن أدناه). وللتدريب إلى جانب توصيل المعرفة النوعية حول الأداة وظيفة إزالة أو استدراك مصادر الخطأ العامة للتقييم أيضا (قارن شتيغلتس، 2008). وهنا تنطبق أيضا إزالة بعض مصادر الخطأ - التي ذكرناها سابقا في أدوات التقويم الذاتي (كالميل للوسطية على سبيل المثال)، وكذلك أخذ مصادر الخطأ النوعية لأدوات تقويم الآخر، كالاستنتاجات الخطأ على سبيل المثال (كالأخطاء المنطقية، أثر الهالة على سبيل المثال) بعين الاعتبار.

بالإضافة إلى التدريب ظهر أنه من المفيد استخدام المقابلات للحصول على المعلومات، ذلك أن نوع الأسئلة بالتحديد يؤثر تأثيرا كبيرا على جودة السبر. وفي المراجع نجد مصدر الخطأ هذا تحت تسمية "تباين المعلومات Information variance" (قارن شتيغلتس، 2008). ويتم برهان جودة قياس الظاهرة المدروسة من خلال تحديد ما يسمى بثبات المقيمين Interrater Reliability (معامل كابا Kappa-Coefficient ، الارتباط ضمن الفئات Intra-Class-correlation الذي يرمز له اختصارا ICC؛ قارن Wirtz & Caspar, 2002). وتتزايد المطالب ببرهان جودة السبر من خلال الحسابات المطابقة لهذه المعاملات عند استخدام أدوات تقويم الآخر.

وفيما يتعلق بالمنهجية (قارن أيضا الفقرة 2 وشتيغلتس، 2008) لابد هنا كذلك من التفريق بين بعدين: خاص بالاضطراب مقابل عابر للاضطراب ووحيد البعد مقابل متعدد الأبعاد. ويعرض جدول (9) أكثر أدوات تقويم الآخر استخداما في البحث والممارسة في المحيط الناطق بالألمانية.

جدول (9): أدوات تقويم الآخر العابرة والخاصة بالاضطراب

	أمثلة
عابرة للاضطراب	
	• منظومة AMDP • المقياس الطبي النفسي متعدد الأبعاد للمرضى المقيمين في المستشفى inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS) (Hiller et al.)
خاصة بالاضطراب	
الفصام	مقياس المتلازمات الإيجابية والسلبية Positive and negative Symptom Scale (PANSS) Key & Opler
الاكتئاب	مقياس بيش-رافيلسن للميلانخوليا Bech-Rafaelse Malancholie Skala (BRMS) Stieglitz et al.
الهوس	مقياس بيش-رافيلسن للهوس Bech-Rafaelsen Manie Skala (BRMS) Bech & Rafaelsen.
القلق	
• عام	مقياس هاملتون للقلق Hamilton Anxiety Scale (HAMA), Hamilton
• الهلع	مقياس الهلع ورهاب الأماكن العامة Panic and Agoraphobia Scale, Bandelow
• الرهاب الاجتماعي	مقياس ليبوفيتس للرهاب الاجتماعي Liebowitz Social Phobia Scale, Liebowitz
• اضطرابات القهر	مقياس ييل براون الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية Yale Brown obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Goodman et al.

ومن ميزات استخدام أدوات تقويم الآخر مقارنة باستخدام أدوات التقويم الذاتي (قارن الفقرة 5.1) نشير إلى الميزات التالية (قارن حول التفاصيل شتيغلتس، 2000؛ 2008).

- أدوات تقويم الآخر حساسة للتعديل، أي تتيح التعرف على التغيرات الطفيفة في مجرى العلاج على سبيل المثال،
- كما أنها قادرة على وصف الظواهر بشكل أكثر تمايزا (تحديدا)،
- يمكن استخدامها مع المرضى المضطربين بشدة، أي حتى عندما لا يمكن الحصول من خلال أدوات تقييم الذات على معلومات مفيدة (في وجود أعطاب استعرافية شديدة).

وبناء على الميزات المذكورة يتم أيضا استخدام أدوات تقويم الآخر في الغالب أيضا في الدراسات كمحك للمخرجات الأساسية main-outcome-Criterion (مقياس هاملتون للاكتئاب في دراسات الاكتئاب على سبيل المثال)

ومن عيوب الاستخدام لمقاييس تقدير الآخر يمكن تعداد:

- يتم طرح مطالب عالية في تأهيل المستخدمين،
- الاستهلاك الزمني الكبير فيما يتعلق بالتطبيق،
- غالبا ما تفتقد للمعايير ولكن يتوفر لها في الغالب قيم قطع Cut-Off-Values أو قيم مرجعية Reference Values

5.3 أدوات المقابلة

يقصد بالمقابلة تفاعل مخطط بين شخصين على الأقل بهدف الحصول على معلومات حول موضوع محدد. وقد حظيت أدوات المقابلة في هذه الأثناء بأهمية عالية في التشخيص النفسي الإكلينيكي، لأنه يمكن من خلالها الوصول في الغالب إلى درجة عالية من الموثوقية في قياس الظاهرة موضوع الاهتمام (قارن أدناه). وقبل التعرض للمقابلات

بشكل أكثر تفصيلا سوف نحاول بداية تطوير منهجية لأنه لا يوجد حتى الآن أي تعريف ملزم عموما أو هناك تعاريف متعارضة إلى حد ما. إن السمة الأساسية للتمييز بين الأشكال المختلفة للمقابلات هي دائما درجة صياغتها (تشكيلها) Formalization . فإذا كان هذا هو الأساس فإنه يمكن التمييز بين الأشكال التالية للمقابلة (قارن أيضا جدول 10): المقابلة الإكلينيكية الحرة والمقابلة المبنية والمقابلة المعيرة. وكلما كانت درجة الصياغة أعلى كان ثبات المقيمين أعلى (قارن أيضا الفقرة 5.2)، الذي يعد المحك الأهم لتقييم المقابلة.

أما أهم مجال من مجالات استخدام المقابلة فهو التشخيص التصنيفي، أي ذلك التشخيص الذي يهتم بطرح التشخيص في إطار منظومات التصنيف من نحو الآي سي دي العاشر أو الدي أس أم الرابع أو الرابع المعدل. ويقدم الجدول (11) عرضا لأهم المقابلات المتوفرة في الألمانية في الوقت الراهن (قارن Strauss & Schumacher, 2005; Stieglitz, 2008).

الجدول (10): أشكال المقابلات (التشخيصية)
(معدلة عن فيتشن ومجموعته، 2001)

التسمية	الصفة
المقابلة الإكلينيكية الحرة	محادثة حرة بهدف محدد، يحدد المقابل فرديا مجرى وشكل الجلسة، التقويم غير محدد.
المقابلة المبنية جزئيا أو نصف المبنية	الأسئلة محددة، التسلسل متنوع، الأسئلة الإضافية والاستكمالات والتوضيحات ممكنة؛ التقويم غير محدد
المقابلة المبنية	الأسئلة والمجرى محددان مسبقا، وكذلك التقويم، وغالبا ما توجد تعليمات للترميز
المقابلة المعيرة	العملية كلها محددة، بما في ذلك ترميز إجابات المسؤول.

الجدول (11): المقابلات المبنية والمعيرة للتشخيص التصنيفي

(معلومات أكثر حول الأدوات لدى شتيغلتس ومجموعته، 2001؛ شتيغلتس، 2008)

الأداة	الاختصار	المؤلف (الناشر)	النوع	منظومة التصنيف
المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية Diagnostically Interview for Psychological Disorders	DIPS (بالألمانية DIPS)	Schneider et al.,	مبنية	DSM-IV
المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي أس أم الرابع	SKID	Wittchen et al.	مبنية	DSM-IV
قوائم التقييم الإكلينيكي في الطب النفسي العصبي Schedules for clinical Assessment in Neuropsychiatry	SCANN	Van Guelick et al.	مبني	ICD-10
المقابلة التشخيصية العالمية المركبة Composite International Diagnostic Interview	CIDI	Wittchen&Pfister	معيرة	
منظومة الخبراء التشخيصية Diagnostically Experts System	DIA-X	Wittchen&Pfister	معيرة	DSM-IV/ICD-10
المقابلة الإكلينيكية المبنية لاضطرابات الشخصية في الدي أس أم الرابع Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders	SCID-II	Fydrich et al. Wittchen et al.,	مبنية	DSM-IV
الفحص العالمي لاضطرابات الشخصية International Personality Disorder Examination	IPDE	Mombour et al.	مبني	DSM-IV/ICD-10

وسوف نتطرق في هذا المقام باختصار لمنظومة الخبراء التشخيصية Diagnostically Experts System كمثال، والمعروضة سماتها في جدول (12) . كما تصنف منظومة الخبراء التشخيصية للاضطرابات النفسية (DIA-X; Wittchen& Pfister,1997) المبنية على شكل وحدة Module في سياق أدوات المقابلة المعيرة. فالمنظومة المبنية على شكل وحدات (تعيينات) تسترشد بالدي أس أم الرابع وبمحكات البحث للآي سي دي العاشر. وتتألف مكوناتها الأساسية من:

- أداة غربلة لقياس القلق أو الاكتئاب أو الاضطرابات النفسية العامة،
- مقابلة معيرة لقياس كل اضطراب من الاضطرابات النفسية في المقطع الطولي والعرضي(طوال الحياة)، توجد على شكل ورقة وقلم وبشكل محوسب.
- ووحدات إضافية اختيارية Optional Module.

وعلى الرغم من أن المنظومة ككل متوفرة في صيغة ورقة وقلم، إلا أنه ينصح باستخدام الصيغة المحوسبة بشكل كامل لأسباب اقتصادية، والتي تتيح الترتيب المثالي الآلي لمجرى المقابلة بناء على المسألة المطروحة للفاحص.

وتفيد منظومة الخبراء التشخيصية الفارزة DIA-X Screening بشكل أساسي في التوجه العام الحساس، حيث يتم بعدئذ وعند وجود شك بوجود اضطراب تطبيق المقابلة التشخيصية لمنظومة الخبراء الكاملة أو حسب الحالة. أما سبر المحكات اللازمة لطرح التشخيص فتتم في كل مرة بشكل شبيه للمقابلة التشخيصية العالمية المركبة في 16 قسم، المخصص أغلبها للاضطراب (قائم على الاضطراب) (مثال: القسم D: الرهابات واضطرابات القلق الأخرى، N: اضطرابات ما بعد الصدمة). ويتم سبر المحكات التشخيصية كما أشرنا بشكل معير، أي أن عملية الحصول على المعلومات والتقييم محددة مسبقا، بدءا من التسلسل وكلمات الأسئلة حتى ترميز إجابات المريض وملاحظات المقابل. أما من حيث البنية فإن المنظومة هي عبارة عن تطوير للمقابلة التشخيصية العالمية المركبة (CIDI). وعلى الرغم من أن منظومة الخبراء التشخيصية مثل المقابلة

التشخيصية العالمية المركبة لا تشترط الخبرة الإكلينيكية أيضا، إلا أنها تشترط تدريبا ليومين على الأقل في الصيغة المحوسبة. أما مدة التطبيق فتتعلق بعدة عوامل (من بينها شدة الاضطراب وتعقده لدى المريض، والاستعداد للتعاون)، إلا أنه يفترض ألا تقل عن ساعة، ويمكن أن تستمر لفترة أطول. وفيما يتعلق بطيف الاضطرابات المغطاة للآي سي دي العاشر والدي أس أم الرابع فإن اضطرابات الطفولة واليفوع غير مغطاة وبشكل خاص كذلك اضطرابات الشخصية.

وقد أصبح استخدام المقابلات المبنية والمعيرة في التشخيص بشكل متزايد القاعدة في مشاريع البحث، غير أنه يكتسب أهمية مطردة أيضا في الممارسة الإكلينيكية. فإلى جانب الدرجة العالية من الموثوقية هناك جانب آخر مهم يتمثل في تحديد الاضطرابات المختلطة (قارن أيضا شتيغلتس، 2008). والاختلاطية عبارة عن مفهوم تشخيصي جديد إلى حد ما ويعني وجود اضطرابات مختلفة في المقطع العرضي (الحالة الراهنة) أو في المجرى. وهكذا يطلب في الآي سي دي العاشر ترميز أكبر عدد ممكن من الاضطرابات بمقدار ما هو لازم لوصف الصورة المرضية. وبما أنه في المقابلة الإكلينيكة الحرة يوجد خطر التغاضي عن الاضطرابات الأخرى في حال سيادة عرض ما، فإن هذا الخطر ينخفض في حال استخدام المقابلات (تجاهل اضطراب ناجم عن مادة مسببة للإدمان في حال سيطرة اضطراب فصامي أو اكتئابي على سبيل المثال). وتنبثق أهمية تحديد الاختلاطية (قارن Stiegltz& Volz, 2008) من خلال عاملين اثنين:

- المرضى باضطراب مختلط واحد (أو أكثر) هم في العادة المرضى الأشد مرضا،
- لا يتم التأثير على المجرى ونجاح العلاج بشكل إيجابي في كثير من الحالات (مجرى معقد في الغالب، نتيجة سيئة Bad Outcome).

وعند استخدام المقابلات للتشخيص التصنيفي هناك مظهر مهم آخر يتمثل في أنه لابد من تحديد اضطرابات الشخصية من خلال مقابلة مستقلة، وهذا يعني أنه إذا أراد المرء تحديد الطيف الكامل للاضطرابات النفسية فإنه يحتاج دائما إلى أداتين، سواء

بالنسبة إلى الآي سي دي العاشر أم للدي أس أم الرابع. وفي المجالات الأخرى كذلك، ذات الأهمية الإكلينيكية، كمجال تحديد البناءات الاجتماعية (قارن Laireiter, 2001) أو الباثولوجيا النفسية عموما (Faendrich & Stieglitz, 2007).

وتشبه مصادر الخطأ في استخدام المقابلات تلك التي في أدوات تقييم الآخر، ذلك أن المقابلات هي حالة خاصة من تقييم الآخر (قارن الشكل 1 والفقرة 5.2). كما هناك مصدر ممكن للخطأ يكمن في الاستخدام المنقوص الخبرة.

أما ميزات المقابلات (بشكل خاص المقابلات المبينة والمعيرة) فتكمن بشكل خاص في تحسين ثبات المقيمين من خلال إزالة الأخطاء "تباين المعلومات" (الأخطاء الناجمة عن التقنيات المختلفة للأسئلة) و"تباين الملاحظة" (الأخطاء من خلال التقييمات المختلفة للظاهرة نفسها). ومن عيوب المقابلة نشير إلى الوقت العالي الذي تستهلكه. وينطبق هذا على ضرورة التدريب المفصل، وبشكل خاص على التطبيق أو الاستخدام المكلف (الذي قد يستمر ساعات عدة).

5.4 اختبارات الإنجاز[1]

المجموعة الثانية المهمة من الأدوات التشخيصية إلى جانب مقاييس التقدير الإكلينيكية هي أدوات تشخيص الإنجاز. وضمن مفهوم تشخيص الإنجاز يتم حسب رست وديركسماير (Rist & Dierksmeier,2001) التمييز بين اتجاهين أساسيين لهما أهداف مختلفة: التشخيص العام للإنجاز وتشخيص الإنجاز النفسي العصبي. ومع أنه توجد تقاطعات كبيرة بينهما إلا أنه لكل منها وظائف مختلفة. إذ يحاول التشخيص العام للإنجاز – كما هو الحال في أدوات الفحص الإكلينيكي أيضا- تكميم الوظائف النفسية والإسهام في حل مشكلات محددة (كطرح التشخيص على سبيل المثال)، وكذلك تحديد عواقب محددة للاضطرابات النفسية للمعني. وغالبا ما يتم التفريق بين المجالات الثلاثة الأساسية،

(1) تسمى اختبارات الأداء أيضا.

الذكاء والانتباه/ التركيز والذاكرة. ويعرض جدول (13) أكثر الأدوات المستخدمة في الممارسة الإكلينيكية.

ولابد من فصل هذه المجموعة من أدوات التشخيص العام للإنجاز التي تهدف بشكل أساسي إلى تقدير مظاهر الإنجاز العامة عن التشخيص النفسي العصبي، الذي يسعى إلى تحديد ظواهر جزئية محددة. والهدف العام للتشخيص العصبي هو تحديد الارتباط بين تضرر دماغي ما مهما كان المنشأ واضطرابات وظائف مختلفة وما ينجم عن ذلك من عواقب. بالإضافة إلى ذلك يتعلق الأمر بفحص الوظائف المعطوبة والباقية كأساس للتصنيفات (الترتيبات) التشخيصية والقرارات التنبؤية والعلاجية وضبط العلاج (Halsband& Unterrainer,2001). ويتم التفريق بشكل عام بين مجالات الوظائف التالية:

الجدول (13): أدوات للتشخيص العام للإنجاز

الذكاء	مقياس ويكسلر للذكاء اختبار بنية الذكاء لأمتهاور ومجموعته .Amthauer et al
الانتباه والتركيز	اختبار الانتباه والتوتر (الإرهاق) (دي 2 Test d2) لبريكنكامب Brickenkamp قائمة فرانكفورت للملاحظة لموسبروغر وأولشليغر Moosbrugger & Oehlschlaeger
القدرة على الملاحظة (الفهم، الإدراك) والذاكرة	مقياس وكسلر المعدل للذاكرة هيرتنغ ومجموعته .Haerting et al مقياس التعلم والذاكرة لبويملر Baemler

- الذكاء (التفكير) مع الوظائف الفرعية كالتفكير الاستقرائي[1] inductive thinking والتفكير المتشعب divergent thinking وحل المشكلات،
- الانتباه مع الوظائف الفرعية كالانتباه الانتقائي أو المجزأ،
- وظائف الذاكرة مع الوظائف الفرعية كاستقبال المعلومات والاحتفاظ متوسط وبعدي الأمد.

ويمكن لمثل هذه الفحوصات التفريقية أن تسهم في تقديم معلومات مهمة لطرح التشخيص (قارن على سبيل المثال المحكات التشخيصية للخرف في الآي سي دي العاشر). ومن الأدوات النفسية العصبية المستخدمة نشير إلى Strum et al. (2001), Laut6enbacher & Gaugel (2004) على سبيل المثال.

وحسب رست وديركسماير (Rist & Dierksmeier,2001) فإن للتشخيص العام للإنجاز وإلى حد ما أيضا للتشخيص النفسي العصبي وظائف متنوعة:

1- مساعدة على اتخاذ القرار في المسائل التشخيصية

لا يستطيع الترتيب التصنيفي تقديم تشخيص للإنجاز، وهو ما ينطبق أيضا على الاختبارات النفسية الأخرى، مع بعض الاستثناءات القليلة. إلا أنه توجد مجموعة من المبادئ التي سنصفها فيما يلي بإيجاز:

- يمكن لتشخيص الإنجاز أن يقدم معلومات مكملة، في سياق تشخيص اضطرابات الخرف أو انخفاض الذكاء على سبيل المثال.
- التباعدات بين نتيجة الأداء الراهن ومستوى الأداء قبل المرض (كالشهادة المدرسية المحققة، المركز المهني المحقق على سبيل المثال) يمكن أن تقدم دلالات على عمليات التهدم المعرفي المرتبط بالمرض.

---

(1) تتبع الجزئيات للوصول منها إلى نتيجة عامة (من الجزء إلى الكل)

- كما يقدم تشخيص الإنجاز بشكل خاص مساعدة على اتخاذ القرار عندما تكون مقارنة مستوى الإنجاز الموضوعي مع البيانات الشخصية حول التطور التاريخحياتي (البيوغرافي) مهم من الناحية التشخيصية التفريقية. وتعد الاختلافات بين انخفاض الأداء الذي يذكره المريض من جهة وبين نتائج الاختبار حول الذكاء والانتباه والذاكرة ذات أهمية خاصة هنا.

2- مساعدة على اتخاذ القرار في إجراءات إعادة التأهيل

تترافق الاضطرابات التي تجري بشكل طوري بشكل خاص كالاضطرابات الفصامية والوجدانية في المرحلة الحادة ومرحلة التحسن مع تضررات معرفية في الغالب، وفي بعض الاضطرابات التي تميل للإزمان (كالاضطرابات الفصامية على سبيل المثال) تظهر في حالات فردية أيضا فيما يسمى بطور البقايا.

ويسعى تكميم الأعطاب الاستعرافية إلى الأهداف التالية:

- القرار حول نوع وزمن إعادة الدمج في المهنة (بوساطة محاولة العمل على سبيل المثال)،
- تبيين لماذا تتم مواجهة محاولة العمل على سبيل المثال بشكل أسوأ مما هو متوقع،
- القرار حول مواصلة العمل أو التأهيل الذي كان يمارس قبل بداية الاضطراب، وفحص عدم القدرة على العمل المحتمل على أساس الاضطراب النفسي في تقرير الخبرة في إجراءات التقاعد.
- تقديم مبررات لإجراءات التدريب الهادفة للإنجازات الاستعرافية الفرعية مع مراعاة مجالات الإنجاز العاملة (مهمة بشكل خاص في مجال الاضطرابات الفصامية).

3- قياسات الإنجاز في المجرى

الهدف هو تحديد تحسينات الإنجاز وتقدم تضرر ما (في الخرف على سبيل المثال) أو تحقيق العودة إلى الوضع السابق restitution (لدى المرضى بمرض الكحول على سبيل المثال) أو تحسين الانتباه/ التركيز تحت الدواء في اضطراب فرط النشاط في سن الرشد أو التراجع الطوري (على مراحل) للإنجاز. ومن أجل المساعدة على اتخاذ القرار في إجراءات إعادة التأهيل لابد من إجراء فحوصات متكررة.

4- تشخيص الإنجاز في أبحاث الأسس

يمكن من خلال استخدام أدوات تشخيص الإنجاز تحديد الأعطال الخاصة بالاضطراب وانخفاضات الإنجاز التي تحسن فهم سيرورة الاضطراب. وهذا ينطبق سواء على تطور الاضطراب أم على التضررات الناجمة عنه وكذلك بشكل خاص على تطوير الوسائل العلاجية الخاصة. وفي غالبية الاضطرابات النفسية يمكن وبشكل خاص في المرحلة الحادة التعرف على أعطاب في مجال الإنجاز، وفي بعضها الآخر على أعطاب دائمة. وكنموذج أولي للاضطرابات نشير هنا أيضا إلى الاضطرابات الفصامية (للاستزادة حول كل الاضطرابات النفسية قارن Lautenbacher& Gauggel,2004).

5.5 اختبارات الشخصية

يمكن اعتبار تشخيص الشخصية من المجالات التقليدية في علم النفس. فقبل أكثر من مائة سنة تم تطوير أول اختبارات الشخصية وتوجد في السنوات الأخيرة تطويرات جديدة ومتنوعة.

ولا يوجد تعريف ملزم للشخصية، بالمقابل يوجد عدد كبير من التعاريف المتنافسة. وتشترك جميع التعاريف بأنها عبارة عن (سمة) فريدة من نوعها لدى كل فرد مستمرة نسبيا ومتلازمة سلوكية مستقرة (stabile Behavior Correlate (Herrman, 1972.

الجدول (14): اختبارات الشخصية السيكومترية (عن بيكر، 2001)

أدوات عريضة متعددة الأبعاد	• العوامل الخمسة الكبرى الجديد للشخصية (Neo-FFI) • استبيان ترير للشخصية (TPF) لبيكر • قائمة فرايبورغ للشخصية (FPI-R) لفارينبيرغ ومجموعته • مقياس العوامل الستة عشر للشخصية المعدل لشنيفيند وغراف • قائمة أسلوب الشخصية والاضطراب (PSSI) لكوزلوكازين • قائمة الطبع والتطبع (TCI) لكلونغر ومجموعته
أدوات ضيقة العرض لمجالات محددة من البناءات	• قائمة القلق كحالة–وسمة للاوكس ومجموعته • قائمة التعبير عن الغضب لشفينكمتسغر ومجموعته • مقياس فرانكفورت لمفهوم الذات وآخرين لدويسنغر

وعلى الرغم من أنه لا يتم استخدام الأدوات من هذه المجموعة في العلاج النفسي بشكل كبير بالمقارنة مع الأدوات من المجموعات الأخرى، إلا أن هذه الأدوات تقدم معلومات مهمة لوصف الشخصية التي لا يمكن الحصول عليها من أدوات أخرى. .

ويمكن التفريق بين مجموعتين رئيسيتين حسب الأهداف المختلفة:

1- أدوات لقياس الشخصية بالمعنى الضيق،

2- أدوات لقياس الشخصية ما قبل المرض.

وعند وصف الشخصية يتعلق الأمر بقياس صفات ثابتة زمنيا، مميزة للشخص (صفات الشخصية، الاستعدادات، السمات Traits) على عكس الصفات المتغيرة مع الوقت أو المتعلقة بالموقف أو الحالة (الحالات States)، كما تقاس على سبيل المثال بالأدوات الإكلينيكية (الاكتئاب كصفة متغيرة بالعلاج على سبيل المثال). ولتشخيص الشخصية إلى جانب اختبارات الإنجاز تاريخ طويل، بحيث يمكن الرجوع هنا إلى سلسلة من الأدوات.

وحسب التعريف المذكور أعلاه جرت محاولات القيام بالتحديد الإجرائي في صيغة أدوات تقويم ذاتي. ويتضمن الجدول (14) الأدوات الأكثر استخداما في الوقت الراهن.

وتتنوع الفروق بين الأدوات وهي ترجع بشكل خاص للبناء أو للبناءات النظرية الكامنة خلفها وما يرتبط بذلك من مسألة البعدية المفترضة Postulate Dimensionality (يفضل اليوم نموذج العوامل الخمسة) واستراتيجيات التطوير (قارن حول هذا Becker, 2001).

ومن أشهر مقاييس الشخصية على مستوى العالم اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI (الصيغة الألمانية الراهنة هي MMPI-2؛ Engel, 2000) والمكون من حوالي (500) سؤال حول المجالات المختلفة، كالسيكوباثية والاكتئاب. وقد برهن الاختبار صلاحيته في المجال الإكلينيكي بشكل خاص على الرغم من عدد من الاعتراضات، إلا أن استخدامه محدود بسبب حجمه الكبير.

وسوف نصف على سبيل المثال ثلاثة أدوات ذات خلفيات نظرية مختلفة باختصار.

قائمة فرايبورغ للشخصية (FPI-R) لفارينبيرغ وآخرين (2001)

من أكثر الاختبارات المستخدمة في المحيط الناطق بالألمانية. ويتألف من (212) بند، تتوزع على عشرة مقاييس أولية (من بينها الكف، العدوانية، التوجه نحو الإنجاز) ومقياسين أساسيين (الانبساطية، والانفعالية). وهو مقياس متعدد الأبعاد يقيس وجوها مختلفة من الشخصية. ويبرهن عدد كبير من الدراسات الإمبيريقية أن عاملي الانبساطية والعصابية على درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة لمجال الشخصية حيث تكررت في عدد كبير من الدراسات ذات الأهداف المختلفة. وهذان العاملان يمثلان مضمون غالبية الأدوات متعددة الأبعاد - وإن كانا يظهران إلى حد ما تحت تسميات مختلفة-.

قائمة الطبع والتطبع (TCI) لكلوننغر ومجموعته (2000)

تقوم الخلفية النظرية لقائمة الطبع والتطبع على نموذج بيونفسي للشخصية. وتتضمن (240) بندا بأربعة أبعاد أساسية للطبع (من بينها السلوك الفضولي) وثلاثة أبعاد أساسية للتطبع (من بينها القدرة على توجيه الذات). وبناء على توجهها البيولوجي فقد تم استخدام هذه القائمة حتى الآن مع مرضى الطب النفسي. ويتوفر منها برنامج تقييم مدعوم بالحاسوب.

قائمة أسلوب الشخصية والاضطراب (PSSI) لكول و كازين (1997)

تسترشد القائمة بوصف اضطرابات الشخصية في الدي أس أم الرابع والآي سي دي العاشر، وتتضمن (140) بندا و(14) مقياسا تهدف إلى تصوير المطابقات (المعادلات) غير المرضية لهذه الاضطرابات.

وعند استخدام مقاييس الشخصية ينبغي أخذ الأخطاء الشبيهة إلى حد ما بتلك المذكورة في الفقرة 4.1 المتعلقة بأدوات التقويم الذاتي. ومن أهمها بشكل خاص نشير إلى تلك التي أشار إليها بيكر (Becker,2003):

- مصادر الخطأ في لغة الوسيط Medium Language (تعدد معنى التسميات اللغوية على سبيل المثال)،
- مصادر الخطأ في المقياس (نوع التدريج على سبيل المثال)،
- مصادر الخطأ من جانب المفحوص (ميول الإجابة، الدافعية على سبيل المثال)،
- مصادر الخطأ في موقف الفحص (الأهمية بالنسبة إلى الشخص على سبيل المثال).

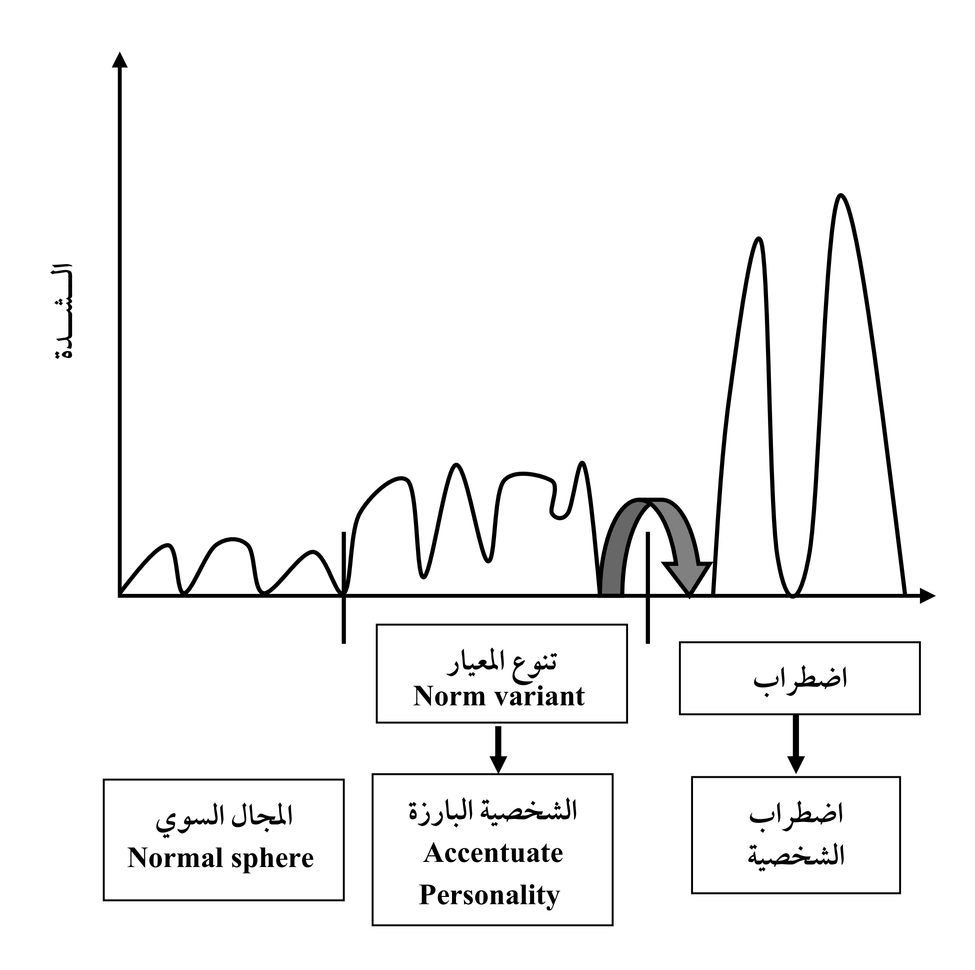
والإشكالية في كل أدوات تشخيص الشخصية التي تم تصميمها كلها تقريبا كأدوات تقويم ذاتي، تكمن في خطر ما يسمى بميول الإجابة (كالميل للمرغوبية الاجتماعية والميل للوسط عند وجود إمكانات متعددة للإجابة على سبيل المثال)، والتي تعني تقييد

قابليتها للتفسير. ومن أجل ضبط هذه الأخطاء جرت محاولات لبناء ما يسمى مقاييس الضبط أو الكذب في مقاييس مختلفة (مقياس الصراحة في FPI-R على سبيل المثال).

وهناك مصدر آخر للخطأ لابد من الإشارة إليه يكمن في المستخدم، وهو يتعلق بالاستخدام الخطأ لاختبارات الشخصية. إذ نجد بين الحين والآخر في الممارسة الإكلينيكية استخدام مثل هذه الاختبارات لتقويم العلاج. وطبقا للفكرة الأساسية لاختبارات الشخصية، المتمثلة في تصوير سمات ثابتة نسبيا، فإن هذه الاختبارات غير ملائمة بحد ذاتها لقياس التغيرات!.

وفي السنوات الأخيرة حظيت الأفكار والأدوات لقياس ما يسمى بالشخصية قبل المرض بأهمية كبيرة، وهذا يعني تلك الأدوات التي تهدف إلى قياس خبرة وسلوك المريض قبل وقت ظهور المرض. وحسب فون تسيرسن(Von Zerssen,2001) الذي قدم إسهامات جوهرية في هذا المجال فإن لتشخيص الشخصية قبل المرض أهمية عملية كبيرة فيما يتعلق بتشخيص المرض والدلائل Indication أو الإجراءات العلاجية أو إجراءات إعادة التأهيل أو كليهما. ويمكن التمييز حسب فون تسيرسن (2001) بين استراتيجيات مختلفة لتشخيص الشخصية قبل المرض، من نحو جمع البيانات المتوفرة (الشهادات المدرسية، بيانات تاريخ المرض على سبيل المثال) أو التوليد الاسترجاعي للبيانات retrospective Data generation في صيغة أدوات تقويم ذاتي وتقويم الآخر. وقد طور فون تسيرسن أدوات تقويم ذاتي وتقويم الآخر، تم تقويمها في مجال الاضطرابات الوجدانية بشكل خاص وترتبط بعلاقة بالمفاهيم النفسية المرضية التقليدية من نحو النمط الميلانخولي Typus Melancholicus وفق تيلينباخ. وهناك دلائل إمبيريقة تبرهن وجود علاقة بين سمات واضحة من الشخصية قبل المرض وأمراض محددة. وكمثال نذكر قائمة الشخصية البيوغرافية (BPI) لفون تسيرسن.

وفي هذا المقام لابد من الإشارة إلى مشكلة أقرب للمفاهيمية؛ ألا وهي مشكلة الفصل بين اضطرابات الشخصية. وقد حاولنا في جدول (3) عرض ذلك بشكل تخطيطي.



شكل (3): متصل: المجال الطبيعي-الشخصية-اضطراب الشخصية

وسوف نتعرض باختصار لمجموعتين من الاختبارات اللتان لعبتا تقليديا دورا في مجال الشخصية: الاختبارات الموضوعية والاختبارات الإسقاطية.

فالاختبارات الموضوعية (بيانات-ت T-Data) لقياس الشخصية والدافعية هي عبارة عن أدوات تقيس بشكل مباشر سلوك الفرد في موقف معياري، من دون أن يكون

في العادة على هذا الفرد أن يحكم على نفسه بالضرورة. ويفترض للأدوات بالنسبة إلى المفحوص ألا تكون صادقة ظاهريا بشكل منسجم مع قصد القياس (Schmidt, P.19) .

أما الأدوات الإسقاطية فتتصف بأنها "تستدرج الحاجة للشكل (للهيئة) عند المفحوص ومن ثم الإسقاطات اللاشعورية من خلال مواد مثيرة ليس لها شكل (هيئة) أو ذات شكل قليل الوضوح. ويتم التعرف على المشاعر والمزاج والاتجاهات والصراعات وغيرها من نوع ومحتوى التشكيلات" (Peters, 1990, P.40).

ولن نتعرض لكلتا المجموعتين من الاختبار بشكل تفصيلي هنا ذلك أن قيمتها في العلاج النفسي اليوم أقرب للضئيلة. ويمكن للقارئ أن يرجع إلى شميدت (1975) للحصول على معلومات أكثر حول الاختبارات الموضوعية، وإلى لايشسنرنغ وهيللر (Leichsenring & Hiller,2001) للحصول على معلومات تفصيلية حول إمكانات وحدود الاختبارات الإسقاطية.

5.6 طرق ملاحظة السلوك

يقصد بملاحظة السلوك عموما تسجيل سلوك شخص واحد أو عدد من الأشخاص. والملاحظة المنهجية للسلوك توسع هذا إلى الإدراك والتسجيل المضبوطين .(Strunz,2003)

وحسب ڤالبوت (Wallbott, 2001) فإن ملاحظات السلوك تكون قابلة للاستخدام بشكل مفيد، عندما لا يستطيع الشخص أن يعطي أية معلومة حول حالته الذاتية (التقويم الذاتي على سبيل المثال) أو عندما لا يريد ذلك. وإلى جانب الأدوات النوعية يتم التمييز بين عدد كبير من أنواع الملاحظة، من نحو الملاحظة المضبوطة مقابل الملاحظة غير المضبوطة والمقابلة بالمشاركة مقابل المقابلة من دون مشاركة أو المقابلة المقصودة مقابل المقابلة غير المقصودة (قارن Strunz, 2003). ويري ڤالبوت أن الاختلاف عن أدوات تقويم الآخر (قارن الفقرة 5.2) يكمن في أن هذه الأخيرة تقيس تقييمات عامة

للانطباع، في حين يمكن اعتبار الملاحظة الخارجية (ملاحظة الآخر) تحليلا منهجيا وموضوعيا (مصممة بشكل يجعل منها موضوعية objectivate) للسلوك المرئي والمسموع. وعليه يمكن تحديد ملاحظة (تمييز) ملاحظة السلوك من خلال المدى الذي تستند فيه على مجال السلوك غير اللفظي (الإيماءات، والتعابير...الخ) أو على تشخيص التفاعل. ويذكر ڤالبوت نظام ترميز السلوك الوجهي Facial Action Coding System المشهور عالميا الذي يرمز له اختصارا (FACS) لإيكمان وفريسن (Ekman & Friesen) بوصفه طريقة نوعية في الملاحظة، تستخدم بشكل واسع في مجال الاضطرابات النفسية وبشكل خاص لدى المرضى الفصاميين والمكتئبين. ويكمن عيب مثل هذا النوع من الطرق في التكلفة العالية في الاستخدام، سواء فيما يتعلق بالمستوى الشخصي أم الأداتي. كما أن قدرتها التنبؤية تكمن في الكسب المعرفي في ميدان البحث أكثر من الميدان العملي. وعليه فإن فائدتها التشخيصية فيما يتعلق بالتشخيص التصنيفي محدودة. فهنا تكفي ملاحظات السلوك العامة لتقييم المحكات التشخيصية. وسنشير كمثال إلى التحديدات الإجرائية للسمات النفسية في منظومة القياس المعير وتوثيق النتائج العلاجية AMDP-System (AMDP-2007 قارن أيضا الفقرة 5.2). فالصفات الأقرب للملاحظة السلوكية هي على سبيل المثال فقر الدافع أو العدوانية. وهذه التقديرات الأقرب للعامة غالبا ما تكفي لاتخاذ القرار التشخيصي بمعنى التشخيص التصنيفي.

ويعد تشخيص التفاعل Interaction Diagnostic ذو أهمية عملية كبيرة. وحسب فيدلر (2001) يقصد بهذا تلك الإجراءات التي تقيس بشكل أساسي صفات العلاقات البين إنسانية. ويتم استخدامها بشكل خاص في مجال الأزواج والأسر. وتعد ما تسمى بمنظومات الفئات للتفاعل الزوجي Categories Systems for Partner-Interaction لهالفيغ مثالا عن إحدى الطرق التقليدية في هذا المجال، وتتيح التفريق بين الفئات الإيجابية (الصراحة الذاتية على سبيل المثال) والحيادية (وصف المشكلة على سبيل المثال) والفئات السلبية (النقد على سبيل المثال). ومن الأدوات المشهورة عالميا اليوم

تحليل بنية العلاقات الاجتماعية Structure Analysis social Relationships لبنيامين (1996). وهي تتيح وصف التفاعلات البين إنسانية المهمة فيما يتعلق ببعد الاهتمام البين شخصي والحب والكره والتشابك والتمييز. إلا أن مشكلة هذه الأداة وغيرها من الأدوات أيضا تكمن في ضرورة توفر تدريب واسع وأن التطبيق والتقويم مكلف جدا.

ومن الأدوات العملية نشير كمثال إلى مقاييس التقدير لقياس التفاعلات الأسرية Rating Scales for Measurement familiarly Interaction، التي تستخدم في المبدأ العلاجي الأسري للوقاية من الانتكاس لهالفيغ وآخرين (1995). وهي تتألف من مقياس خماسي لقياس سلوك التواصل السلبي والإيجابي لكل فرد من أفراد الأسرة وتشتمل على أبعاد تقبل شريك المحادثة والتوجه نحو المواضيع والنقد والتبخيس وممارسة التأثير وقراءة الأفكار.

واستنادا إلى التكاليف العالية لملاحظة السلوك المتعلقة بالوقت المستهلك، فإنه غالبا ما يتم لأسباب اقتصادية متعلقة بالوقت استخدام الاستبيانات (قارن Klann et al,2003)، التي تقيس "التفاعلات المدركة Cogniziate Interactions" (Fiedler, 2001). ومن الأدوات التي يمكن الإشارة إليها هنا على سبيل المثال استبيان قياس نمط التواصل الزوجي لكروغر ومجموعته (Kroeger et al.) المعروض في دليل كلان ومجموعته (2003) ويقيس من ضمن ما يقيسه متغيرات "التواصل البناء المتبادل".

5.7 الطرق الفيزيونفسية

طبقا للمبدأ متعدد الأبعاد المعروض في الفقرة (4) يلعب إلى جانب مستوى البيانات النفسية في الاضطرابات النفسية مستوى البيانات الفيزيولوجية دورا مهما. ويمكن تفصيل هذا بأشكال مختلفة (Walten,2004). وفي هذا المقام سوف نتطرق إلى مستوى البيانات الفيزيولوجي المهم بشكل خاص بالنسبة إلى العلاج النفسي.

تحاول طرق الفحص الفيزيونفسي حسب روسلر(Roesler, 1999,P.412-413) من خلال تقنيات تسجيل غير مؤذية قياس الإشارات الفيزيوبيولوجية والبيوكيميائية في

الإنسان وربطها مع المفاهيم النفسية. وطبقا لذلك فإن البيانات الفيزيونفسية عبارة عن متغيرات، يتم اشتقاقها بهدف التفسير النفسي من الإشارات البيولوجية القابلة للقياس بطريقة غير مؤذية.

ويمكن تمييز الإشارات البيولوجية استنادا إلى الأبعاد المختلفة (Roesler,1999)، من نحو:

- النوعية الفيزيائية-الكيميائية للإشارة (كالضغط والحرارة على سبيل المثال)،
- منظومة العضو أو الوظيفة (كالدماغ، الجلد على سبيل المثال)،
- جزء الجهاز العصبي الذي يوجه النشاط (الجهاز المركزي العصبي، الجهاز العصبي المستقل على سبيل المثال)،
- البناء الفيزيولوجي، الذي يتباين بشكل مشترك مع الإشارة (كالحالة الانفعالية على سبيل المثال).

ويعرض جدول (15) للبيانات الفيزيونفسية الأكثر قياسا.

وتلعب الاستجابات الفيزيولوجية في اضطرابات القلق بشكل خاص دورا مهما. وهي تعد حسب سارتوري Sartory,2003) (مركبا أساسيا من المشاعر ومن ثم أيضا من القلق. وعليه تشير الباحثة من بين أمور أخرى إلى وجود حساسية مرتفعة للتغيرات الجسدية في اضطرابات الهلع. كما يمكن تفسير المظاهر المختلفة المستخدمة في العلاج، كطرق التحريض والتعويد بطريقة فيزيونفسية.

وتكمن ميزات الطرق الفيزيونفسية في أبحاث منشأ الاضطرابات النفسية وعلاجها النفسي (كتقويم التدخلات على سبيل المثال) وفي التطبيق العملي _الإرجاع الحيوي بشكل خاص). فمن خلال التسجيل المستمر للمؤشرات يمكن إظهار التباين المشترك مع المستويات النفسية الأخرى (مع الاستعرافات على سبيل المثال). أما العيوب أو المشكلات فتكمن في الحساسية للتشويش، وبشكل خاص كذلك التكلفة الأدواتية المرتفعة.

الجدول (15): أمثلة للمتغيرات/الإشارات البيولوجية الفيزيونفسية (معدل عن فارينبيرغ ومجموعته، 2002)

منظومة العضو/ الوظائف	الوظائف الخاصة (أمثلة)	التسجيل (السبر)
(وظائف) الدماغ	النشاطات العفوية	تخطيط الدماغ Electroencephalogram (EEG)
	النشاطات المحرضة	الطاقة المحرضة Evocate Potential (EP; acoustic: EAP)
وظائف العين	حركات العين	تخطيط العين الكهربائي Electrooculogram (EOG)
وظائف العضلات	طاقة عمل العضلات	تخطيط العضلات الكهربائي electromyogram (EMG)
وظائف القلب والدورة الدموية	طاقة عمل القلب	التخطيط الكهربائي للقلب electrocardiogram (ECG)
	نبض القلب	مقياس سرعة النبض Cardiotachogram
	ضغط الدم	مقياس الضغط Syphygmogram
وظائف الجلد	النشاط الجلد الكهربائي Electrodermal activity	
وظائف المعدة والأمعاء	حركات المعدة	التخطيط المعدي الكهربائي Electrogastrogram

ونشير في هذا المقام إلى حالة خاصة من القياس الفيزيونفسي؛ ألا وهو المراقبة الجوالة ambulant Monitoring. ويقصد بها حسب فارينبيرغ ومجموعته (Fahrenberg et al.,2002) قياس الوظائف الفيزيولوجية ضمن ظروف الحياة اليومية. إذ تتيح الإستراتيجية المدعومة بالحاسوب للحصول على البيانات إنتاج البيانات حول الحالة (الإحساس)

الفردي، والتغيرات السلوكية والجسدية والأعراض، وهو ما يمكن استغلاله تشخيصيا وعلاجيا لدى مرضى القلق مثلا (ضبط المجرى على سبيل المثال). وبهذا فإن الميزات تكمن في إمكانية القياس المتزامن للمستويات المختلفة من الاستجابات أو حتى إزالة مصادر الخطأ كالتذكر الذي يلعب دورا عند استخدام أدوات التقويم الذاتي (قارن الفقرة 5.1).

6. مصادر الخطأ

وفي النهاية فإن كل موقف فحص يتضمن احتمال التشويش من خلال مصادر الخطأ Source of Error، ولا يشمل هذا مصادر الخطأ المتفرقة التي أشرنا إليها في الفقرات السابقة عند عرض مجموعات الأدوات فحسب، وإنما يشمل أيضا مصادر خطأ أساسية سوف نتعرض لها هنا باختصار.

ويتم التفريق عموما بين مصادر الخطأ المقصودة وغير المقصودة. فالأخطاء غير المقصودة هي تلك الأخطاء التي لا يكون المريض أو المفحوص مدركا لها، من نحو أخطاء التذكر مثلا (قارن أيضا الفقرة 5). أما الأخطاء المقصودة فهي تلك التي تنبثق من دوافع محددة وتقيد من القوة التنبؤية لنتيجة فحص ما. وفي المجال الإكلينيكي لابد من التفريق بشكل خاص بين مصدرين متناقضين من مصادر الخطأ:

- المبالغـة والتظاهر Aggravation and Simulation
- التهوين والإخفاء Bagatellation and Dissimulation

المبالغة والتظاهر Aggravation and Simulation

يقصد بالمبالغة العرض أو الوصف المبالغ به بشكل مقصود للأعراض أو الشكاوى الموجودة، أي عندما تكون الأعراض أو الشكاوى موجودة بالفعل، إلا أن عرضها أو وصفها يتم بصورة أقوى أو أشد مما هي عليه.

وبالمقابل فإن التظاهر هو الخداع أو التمثيل المدرك والمقصود للشكاوى النفسية أو الجسدية وللأضرار الاستعرافية غير الموجودة أصلا (Heubrick, 2003).

ويشير هويبروك (2003، ص381) إلى أن الدوافع التي تكمن وراء المبالغة أو التظاهر أو كليهما معا قد تكون:

- الحصول على تسهيلات مالية،
- تجنب المطالب (مطالب العمل على سبيل المثال)،
- الحصول على تسهيلات نفسية اجتماعية في سياق دور المريض (المكسب الأولي والثانوي للمرض)
- الرغبة بالاعتراف بالاضطراب.

وما زالت محاولات قياس هذه الظواهر سيكوميتريا في بداياتها. وغالبية المبادئ هنا متوفرة بالنسبة إلى مجال الإنجاز (قارن Littmann,2000). ومن بين هذه المحاولات نشير أيضا إلى تطوير بطاريات اختبارات في علم النفس العصبي الشرعي Test battery لهويبر و كوبيترمان (2000). أما الهدف العام فيتمثل في تقييم حقيقة أو احتمالية الأعراض النفسية العصبية المعروضة. ومن هنا فإن هدف البطارية هو الاختبار الهادف عند الشك المبرر بوجود تظاهر (ادعاء) بطرق فحص سيكومترية ومحوسبة استنادا على الاضطرابات النفسية العصبية المختلفة باستخدام الوسائل البصرية والسمعية. وبطارية الاختبار في علم النفس العصبي الشرعي عبارة عن أدوات منفردة معدلة أو مطورة أو مبنية لأدوات منفردة وتتألف من:

- اختباري ذاكرة سمعيين؛ اختبار بريمر غير اللفظي السمعي non-verbal Bremer auditive Memory Test (BAMT) واختبار لفظي لفحص كفاءة الذاكرة في الحياة اليومية Test for Examination of Memory ability in workday بما في ذلك مهام إعادة تعرف- متعددة الخيارات.
- اختبار التذكر البصري الشكلي Visual-figural Re Memory Test (RMT)

- مقاييس بريمر لصدق الأعراض Bremer Symptom Validation ، والمكونة من أدوات للذاكرة قصيرة الأمد للأشكال-البصرية واختبار ذاكرة قصيرة الأمد (A) واختبار ذاكرة قصيرة الأمد (B) واختبارات إدراك بصري-شكلي (إدراك بصري: 6 اختبارات) واختبارات إدراك سمعي (إدراك سمعي: 11 اختبار).

وتضم بطارية الاختبار في علم النفس العصبي الشرعي بشكل عام (23) اختبار وهي معيرة كلها ويتم إجرائها عبر الحاسوب. ويقوم المبدأ الأساسي لتطوير الأداة على مبدأ السهولة المتخفية أو مصداقية الأعراض (المهمة: الاختيار السريع بين بديلين). ويتم التفسير على الأغلب من خلال قيم قطع Cut-off-Values أو على حسابات قائمة على نظرية الاحتمالات فيما يتعلق بالفصل بين الأشخاص ذوي احتمال التظاهر من عدمه.

بالمقابل فإن تطوير الأدوات على مستوى الباثولوجيا النفسية أقل. وعلى الرغم من وجود مساعي متنوعة في المحيط الأنجلو أمريكي (قارن Rogers,1997)، مازال هذا الأمر في المحيط الناطق بالألمانية في بداياته. وكمثال على مقياس راهن يمكن الإشارة إلى استبيان التظاهر بالأعراض (Cima et al.,2003). وهو عبارة عن تعديل ألماني للقائمة المبنية للأعراضية التمارضية Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). وهو مقياس تقويم ذاتي يتضمن (75) بندا (يتم تقويمها: حقيقي/غير حقيقي) يشمل على خمسة مقاييس تتضمن أغلب الأعراض التي يتم التظاهر بها (الذكاء المنخفض، الاضطرابات الوجدانية، الأضرار العصبية، الذهانات، اضطرابات فجوات الذاكرة). وتعد النتائج الإمبيريقية الأولى واعدة جدا، مع العلم أنه مازال من المبكر جدا إجراء تقويم ختامي لقياس التظاهر بوساطة الاستبيانات.

التهوين والإخفاء Bagatellation and Dissimulation

على عكس المبالغة والتظاهر فإن التهوين والإخفاء هو إنكار أو نفي الأعراض الموجودة بالفعل.

ويقصد بالتهوين ألا يتم عرض أو وصف الأعراض أو الأضرار الموجودة بالفعل على أنها ذات أهمية [التفيه أو التقليل من قيمتها].

أما الإخفاء فهو إنكار وتخبئة الأعراض المرضية من أجل الإيحاء بالصحة (Peters, 1999).

وفي هذا المجال أيضا قلما توجد أدوات. ويعد مقياس إنكار المرض كجزء من مقياس الاكتئابية-الزورية Paranoid-Depressively-Scale لفون تسيرسن (1976) والمستخدم منذ سنوات كثيرة استثناء. ويتألف المقياس من بنود (مثل: كنت أصاب بالبرد بين الحين والآخر"). والفكرة الأساسية أن المرضى الذين يؤيدون مثل هذه النوع من البنود أو يرفضونها (حسب التقطيب)، لن يجيبوا أيضا عن الأسئلة الأصعب بشكل موثوق. ويعني إنكار المرض حسب فون تسيرسن (1976، ص 10) "سواء نقص مشروط ذهانيا بالشعور بالمرض والاستبصار به أم الميل المقصود بدرجة ما إلى إخفاء المرض". وبهذا فإن القيم المرتفعة في هذا المقياس تشير إلى اتجاه إنكار المرض، مع العلم أن القيم المنخفضة ليست خالية من الإشكالية. إذ يمكن أن تكون دلالة على التظاهر أو يمكن تفسيرها كمؤشر على ميول الإجابة (كالميل للتأثير على سبيل المثال). ويمكن لإجراء تقييم إضافي لما يسمى بقيمة التباعد القابلة للتحديد، التي نحصل عليها من خلال الاختلاف بين البنود المتشابهة مضمونيا أن يقدم لنا دلائل تشخيصية مهمة.

7. تطورات راهنة

ستتم الإشارة إلى ستة مظاهر على مستوى التطوير المفاهيمي: تطوير الأدوات الخاصة بالاضطراب، التوليف بين التشخيص الفئوي والبعدي، الأدوات القائمة على العلاج، وتشخيص الأعراض الفرعية Sub-Syndromal Diagnostic، تطوير أدوات الفرز والتشخيص المدعوم بالكمبيوتر.

وكما عرضنا سابقا يتم باطراد تطوير أدوات استنادا إلى مجموعة محددة من

الأعراض أو تجري محاولات من خلال الأدوات لإيجاد ارتباط أقوى مع العلاج. ففي حين تم في الماضي تطوير أدوات من دون بناءات كامنة خلفها بشكل صريح (قارن العدد الكبير لمقاييس القلق والاكتئاب)، توجد منذ بضع سنوات وبشكل خاص في مجال القلق أدوات تم تطويرها بالاستناد الشديد إلى التحديد الإجرائي للاضطرابات في منظومة تصنيف ما (غالبا الدي أس أم-الرابع)، حيث يتم نقل المحكات التشخيصية إلى البنود أو الأسئلة. ومن ميزات هذا الإجراء الترابط أو التشابك الشديد بين التشخيص والعلاج والقرب الكبير للأداء من البناء (قارن حول هذا اضطرابات القلق لهوير و ماراغراف، 2003).

وكمثال نشير هنا إلى مجال الاضطرابات ذات الشكل الجسدي. وقد تم في جدول (16) عرض أداة يتم استخدامها في هذا السياق بشكل كبير. فقد تم تطوير فرز الاضطرابات ذات الشكل الجسدي (Screening for Somatoform Disorders (SOMD بالاستناد إلى الدي أس أم الرابع و الآي سي دي العاشر، وهو يتيح تكميم أحادي البعد للشدة، ويعطي دلائل على وجود اضطراب ويمكن استخدام المواد المرافقة في العلاج.

كما نشير في هذا السياق إلى المساعي لتطوير أدوات خاصة بمجموعة معينة من الاضطرابات. فقد أمكن البرهان مرارا أن المتلازمة الاكتئابية لا تتركب (لا تتشكل) لدى مريض بالاكتئاب تماما مثلما هو الحال لدى مريض الفصام أو مرضى طب نفس الشيخوخة. فقد استطاع موللر و فيتسل (Mueller & Wetzel,1988) بالنسبة إلى مقياس بيك-رافيائيلسون للميلانخوليا (Bech-Rafaelson-Melancholia-Scale (BMRS بأن أحادية البعد التي يتكرر إثبات وجودها لدى المرضى المكتئبين غير ملائمة مع مرضى الفصام وإنما ثلاثة أبعاد أكثر ملائمة. ومثل هذه النتائج تشير إلى ضرورة إجراء تقييمات خاصة بالاضطراب، أو تؤكد من بين أمور أخرى على تطوير مقاييس خاصة بالاضطراب والمتوفرة بشكل جزئي إلى حد ما (مثال: مقياس كالغري لتقدير الفصام Calgary Depression (Rating Scale for Schizophrenia) (CADRS) (قارن Vauth & Stieglitz, 2001).

الجدول (16): فرز الاضطرابات ذات الشكل الجسدي (Reif, Hiller & Heuser,1997)

النسخ Versions	• "في السنتين الأخيرتين" (47 بند): SOMD-2 • "في الأيام السبعة الأخيرة" (23 بند): SOMD-7D
الدلائل Indication	• تحديد الأشخاص الخطرين • ما قبل التصنيف ICD-10/DSM-IV • شدة اضطراب التجسيد • قياس التغير
الثبات Reliability	• ثبات البنود: $\alpha = 0.73$ ككل، الذكور، الإناث) • إعادة الاختبار r=85
الصدق Validity	• الصدق التقاربي convergent والتمايزي divergence: ارتباطات ممكنة • مقارنة المجموعات: دلائل على التمييز • تطابق مع المقابلات التشخيصية: مقبول • قياس التعديل: مقارنة المتوسطات
التقييم Assessment	• مؤشر التجسيد DSM-IVSomatization-Index • مؤشر التجسيد ICD-10 • مؤشر العطب ذو الشكل الجسدي المستقل الآي سي دي العاشر Somatoform Autonomic Dysfunction Index ICD-10 اختصار SAD-Index-ICD-10 • مؤشر شكاوى التجسيد complaint Index Somatization • SOMD-7D: متوسط البنود ككل (مؤشر الشدة)
المعايير Norms	• القيم المرجعية الأصحاء، مجموعات تشخيصية مختلفة • المعايير: المدى المئوي Percent range للأصحاء، مرضى سيكوسوماتك

الميزات الخاصة	• أداة تقويم ذاتي (اقتصادية الوقت) • الربط بين التشخيص الأعراضي والفئوي • قياس الحالة وقياس التعديل • أدوات إضافية/ مذكرات يومية للحالة (للإحساس)، منحنى المذكرات اليومية للحالة (مهمة للعلاج)

ويرتبط بتطوير الأدوات الخاصة بالاضطراب المظاهر التالية كذلك؛ فباطراد متزايد يلاحظ التخلي عن الفصل العشوائي في الغالب بين وصف فئوي وبعدي للاضطرابات وذلك من خلال التوليف بين كلا المبدئين. والمحاولات في هذا المجال موجودة إلى جانب اضطرابات ما بعد الصدمة في الاضطرابات الاكتئابية والتفككية واضطرابات الشخصية. ومن الأمثلة على ذلك نقل محكات الآي سي دي/ الدي اس أم للطور الاكتئابي/ الاكتئاب الأساسي إلى أداة تقويم ذاتي، تطلق عليه تسمية قائمة الاكتئاب الأساسي Major Depression Inventory اختصار (MDI) (قارن الجدول 17) لبيك وآخرين (Bech et al., 2001). ويتم التقييم فيها استنادا للأيام الأربعة عشرة السابقة (محك الوقت، الطور الاكتئابي) على مقياس مكون من ست درجات (غالبية الوقت-ولا في أي وقت)، وتتألف إمكانات التقويم من الشدة (=الجمع Addition) وطرح التشخيص (=الحساب Algorithm).

ومن الاعتراضات المتكررة هي الفائدة المحدودة للنتائج التشخيصية بالنسبة إلى العلاج. وهنا أيضا تم في السنوات الأخيرة تحقيق سلسلة من الخطوات وبشكل خاص في مجال القلق (من بينها اضطرابات الهلع، واضطرابات ما بعد الصدمة واضطرابات القهر). ونشير هنا كمثال إلى المخاوف المتمحورة حول الجسد والاستعرافات والتجنب لإيلرز وآخرين (قارن Hoyer & Maragraf,2003). ويتيح هذا الاستبيان الوصف المفصل للظواهر الجسدية المرتبطة بالهلع، ومن ثم الاستعرافات المرتبطة بذلك وسلوك التجنب

الناجم عن ذلك. ولا يتيح التقييم تكميم الشدة بالاستناد إلى مجموعات مرجعية مختلفة فحسب، وإنما يتيح بالإضافة إلى ذلك الاستفادة منه في التخطيط للعلاج وتقويمه (على سبيل المثال بناء هرم للقلق، تقدير التقدم العلاجي أو نجاح العلاج). وبالطبع فإنه من الممكن أن تحدث تطويرات شبيهة بالنسبة إلى مجالات أخرى من الاضطراب.

الجدول (17): ربط التشخيص الفئوي والبعدي من خلال قائمة في الاكتئاب الأساسي MDI) (Bech et al., (2001)

بعدي/ متلازمي (=الشدة) Dimensional/syndromal	• القيمة الكلية (0–50) • نقطة القطع :26 (مكتئب بشكل متوسط أو شديد) الطور وفق الآي سي دي العاشر الحساسية=1.00 النوعية 082=Specifity
الفئوي Categorical (=تصنيفي/ تشخيص)	خوارزميات الآي سي دي العاشر ICD-10-Algorithsm • البند 3-1: يشير إلى "غالبية الوقت" على الأقل • البند 4-10b: عند وجود على الأقل أربع بنود "أكثر من نصف الوقت تقريبا"

لقد أظهرت الدراسات فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية المختلفة أن التحديد الفئوي (الاضطراب موجود/ غير موجود) غير ملائم في الغالب لمجال الموضوع، فالمرضى الذين لا يحققون كل الأعراض أو محك الزمن أو كليهما لاضطراب ما، من الممكن أن يكونوا متضررين بوضوح ويحتاجون إلى مساعدة علاجية. والمفاهيم التي رسخت في هذه الأثناء في هذا السياق هي شبه فئوي Sub Categorical أو شبه متلازمي Sub Syndromale أو شبه تشخيصيSub Diagnostic أو اضطراب مكتوم (خفي) under swelling. فمن خلال مثال حول الاكتئاب برهن هيلمشن (Helmchen, 2001) في عرض استند على المظاهر المهمة كحجم التكرار (من بينها 2–4 مرات أكثر من الاضطرابات

المحددة (Specificate Disorders)، الاختلاطية مع اضطرابات أخرى مخفية (من بينها القلق)، والمضاعفات من خلال التوليف مع اضطرابات جسدية أخرى (بما فيها استنادا إلى المجرى، الإزمان، نوعية الحياة، الانتحارية) والتكاليف الاقتصادية. وحتى من دون اختلاطية أيضا ظهر أن هذه الاضطرابات الخفية[1] مهمة (انخفاض نوعية الحياة والعزلة الاجتماعية والإعاقة وارتفاع اللجوء إلى الخدمات الصحية).

وكنقطة أخرى فيما يتعلق بالتجديدات المفاهيمية نشير إلى تطوير أدوات الفرز Screening procedure لتحديد المرضى أو مجموعات الخطر فيما يتعلق بتطوير الاضطرابات النفسية. ففي سياق هذه الأهداف التقييمية في الممارسة والبحث يوجد عدد كبير من الأدوات، منها على سبيل المثال تقويم الحالة الصحية الأولية للاضطرابات النفسية (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD) لشبيتسر ومجموعته (قارن على سبيل المقارنة APA, 2000) أو أدوات الفرز العامة التي تستخدم بشكل أساسي في المقابلات المبنية أو نصف المبنية (قارن الفقرة 2.5) من نحو المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي أس أم الرابع (SCID) أو منظومة الخبراء DIA-X استنادا إلى مجموعات معينة من الاضطرابات كالقلق أو اضطرابات الشخصية على سبيل المثال (قارن Haerter, 2001).

بالإضافة إلى ذلك فإن لأدوات الفرز ميزة تخفيض زمن تطبيق الأدوات المستهلكة لكثير من الوقت إلى حد ما، ذلك أنه توجد إمكانية تطبيق وحدات معينة أو تجاوز قطاعات محددة.

ومن زاوية اقتصاد الوقت (اختصار الوقت) نشير إلى استخدام الكمبيوتر حيث يرتبط به أيضا تحسين موضوعية التطبيق والتقييم (Stieglitz,2008). وعلى مستوى المتلازمات توجد هنا مجموعة من الأدوات المحوسبة (كقائمة هامبورغ للاضطرابات

---

(1) يقصد بالخفية هنا الاضطرابات التي لا تحقق المحكات التشخيصية.

القهرية؛ وقائمة الأعراض SCL-90-R). كما توجد استخدامات محوسبة بشكل خاص في المقابلات الكثيرة جدا للتشخيص التصنيفي والتي تقدم مساعدة كبيرة (مثال DIA-X (قارن Wittchen,2001). و هذه المقابلات التي يستغرق تطبيقها عدة ساعات لا تشكل إلى حد ما ضغوطا عالية على المفحوص فحسب وإنما على المقابل أيضا، ومن هنا فإن الحصول على البيانات بطريقة مدعمة بالكمبيوتر تمثل مساعدة كبيرة. وعند نقل اختبارات الورقة والقلم هناك ضرورة برهان التكافؤ، حيث أن البرهان بالنسبة إلى أدوات التقييم الذاتي أسهل حسب كلاينك (Klinck,2002) مما هو الحال بالنسبة إلى أدوات تشخيص الإنجاز.

8. نتيجة ورؤية مستقبلية

يتوفر في الوقت الراهن للمستخدم في مجال التشخيص النفسي الإكلينيكي والعلاج عدد كبير من الأدوات الموثوقة والصادقة التي يفترض أن يتم استخدامها أيضا. ويفترض أن يتم أخذ عدد كبير من مستويات البيانات ومصادرها بمعنى المبدأ متعدد المستويات بمقدار ما هو لازم بعين الاعتبار. إلا أن المركز يتمحور حول أدوات التقويم الذاتي وأدوات تقويم الآخر لأسباب عملية، والتي ينبغي استخدامها بشكل توالفي. أما استخدام الأدوات الأخرى فلا بد من تقديره وفقا لأهداف التقييم حيث ينبغي السؤال واتخاذ القرار عموما:

- ما هو هدفي من التقييم؟
- ما هي فائدة تقييمي؟

وبغض النظر عن الإمكانات التشخيصية المتنوعة لابد في النهاية من الإشارة إلى بعض الثغرات:

- مازال مستوى تطور بعض الأدوات غير باعث على الرضا بالنسبة إلى بعض المجموعات من الاضطرابات (كأدوات تقويم العلاج في اضطرابات الشخصية عموما وبالنسبة إلى الأشكال الفرعية بشكل خاص على سبيل المثال).

- قلما توجد أدوات تفي بالمحكات الصارمة للاستخدام في قياس التعديل.
- مازالت الأدوات التي تستند بشكل وثيق على نظرية علاجية أو نظرية في التعديل تمثل استثناء.
- لا توجد مستويات Standards مقبولة عموما للتشخيص في المجال النفسي الإكلينيكي.